Nr. 6. 10. lutego 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. A. CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Przypadek mocznicy hipochloremicznej u 10-letniego dziecka.

Z Kliniki Dziecięcej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Groër.

Niezwykły *przypadek mocznicy* mieliśmy sposobność obserwowania w naszej Klinice w październiku 1933. Dotyczy on *chłopca 10-letniego* o następującym wywiadzie:

Poród 1-szy, naczasie, siłami przyrody. Rodzice zdrowi. Młodszy brat neuropata. Nasz chory w 3 roku życia przeszedł odrę, w 6 roku krztusiec. Pozatem nie chorował, stale tylko wykazywał skłonność do wymiotów i nigdy nie miał dobrego łaknienia. Mimo to zawsze dobrze wyglądał, a nawet zwracał uwagę pewną otyłością. Ponadto odznaczał się opornością i krnąbrnością w stosunku do otoczenia. W jesieni 1932 chorował przez kilka tygodni na ostre zapalenie migdałków z prawostronnym ropniem, który w 14-ym dniu choroby był nacinany. Obecna choroba zaczęła się przed 4-tygodniami (t. j. około 20. IX.) wysoką gorączką oraz bólem gardła. Wezwany lekarz rozpoznał ostre zapalenie migdałków, polecił lekarstwo wewnętrznie i okłady na szyję a ze względu na ból gardła dietę płynną, która spowodu zupełnej utraty łaknienia składała się wyłącznie ze słodkiej herbaty i soków owocowych. Po tygodniu powstał ropień migdałka, który pękł samoistnie, poczem ciepłota opadła do normy. Chory skarżył się jednak w dalszym ciągu na bóle szyi i z tego powodu wzbraniał się nadal przyjmować jakiekolwiek bardziej stałe pokarmy, poprzestając na niewielkich ilościach herbaty i soków owocowych, lub rzadkiego kompotu. Wszystko inne odrzucał, zmuszany zaś do jedzenia wymiotował. W ciągu następnych 2 tygodni gardło nie wykazywało już żadnych objawów, stwierdzało się jedynie nieznaczne obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, które leczono gorącemi okładami. Także i mocz, badany dwukrotnie, nie zawierał żadnych składników chorobowych. Mimo to wymioty utrzymywały się bez zmiany. Lekarze uważali je początkowo za czysto nerwowe i kazali zmuszać dziecko do jedzenia, skoro jednak przy trzeciem badaniu stwierdzili ślad białka i pojedyncze wałeczki w moczu, tłumaczyli brak łaknienia zapaleniem nerek i polecili ścisłą dietę bezbiałkową i *bezsolna*. W rzeczywistości dziecko spożywało właściwie od początku choroby tylko soki owocowe. W ciągu dalszych trzech dni (4-ty tydzień choroby) wymioty wzmogły się jeszcze bardziej, pojawiło się ponadto osłabienie, bóle głowy, apatja i senność. Obraz moczu nie uległ jednak żadnej zmianie; ilość białka i elementów morfotycznych osadu nie powiększyła się. Diureza wahała się między 500—750 g. Niejasny obraz choroby skłonił lekarza do skierowania pacjenta do szpitala powiatowego. Dziecko przebywało tam przez 3 dni (Rozpoznano *nephritis acuta et uraemia*). W szpitalu stwierdzono istotnie znaczne podwyższenie azotu resztującego (120 mg %), kilkakrotne rozbiory moczu wykazywały jednak stale zaledwie ślad białka oraz nieliczne wałeczki i krwinki. Diureza nadal była dobra. Równocześnie stan ogólny chorego pogarszał się z dnia na dzień, senność nasilała się coraz bardziej i przechodziła okresami w zamroczenie, wymioty zaś stawały się tak gwałtowne, że uniemożliwiały zatrzymanie najmniejszej nawet ilości pokarmu, które ze względu na rozpoznaną mocznicę składały się nadal tylko z soków owocowych i cukru. Pozatem w szpitalu upuszczano kilkakrotnie krew (po 50—60 cm³) i podawano celem powstrzymania wymiotów kwas solny z papaweryną.

W dniu przyjęcia do Kliniki (21. X. 1933) stwierdzono stan następujący:

10-letni chłopczyk o ciężarze ciała 33½ kg przy wzroście 136 cm, z nieznacznem cofnięciem w rozwoju narządów płciowych i lekką otyłością, zwraca uwagę apatją i sennością. *Skóra* miernie ukrwiona, zimna, sucha i wybitnie wiotka wykazuje sinawo-brunatne przebarwienie na bocznych odcinkach szyi ze złuszczaniem się naskórka (ślady po okładach) oraz kilkanaście drobnych plamek wielkości łebka szpilki sino-czerwonych na kończynach głównie podudziach i przedramionach. Niektóre z nich wykazują w centrum czerwony punkcik. *Tkanka podskórna* ogólnie miernie, a w zakresie pośladków i powłok brzusznych obficie rozwinięta jest wyraźnie zwiotczała. *Gruczoły chłonne* bez zmian; *kościec* dobrej budowy, bez zmian. Rysy *twarzy* ostre, oczy zapadnięte. *Źrenice* szerokie, reagują na światło leniwie. *Język* suchy, pokryty grubym, szarobrunatnawym nalotem. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła również sucha. *Migdałki* nieco przerosłe, wyraźnie postrzępione. *Oddechy* pogłębione, 34/min. Wymiary *serca* prawidłowe. *Tony* głuche, tętno 140/min., miarowe, licho wypełnione; *ciśnienie krwi* 110/65 mm Hg. Śledziona i wątroba rozmiarów prawidłowych. Odruchy fizjologiczne prawidłowe, patologicznych nie stwierdzono. Ciepłota 36.9°. *Mocz* (oddany bezpośrednio po przyjęciu w ilości 130 cm³): białko + (0.50‰), osad: 3—6 wałeczków szklistych i szklisto-ziarnistych, 10—20 c. czerwonych oraz 8—10 c. białych.

Krew: c. czerw.	=	5,580.000	Hb = 81	Ind. Hb = 0.73
c. białych	=	21.400		
pałeczk.	=	5.0%		
segment.	=	81.5%		
kwasochł.	=	0.5%		
monoc.	=	3.5%		
limfoc.	=	9.5%		

R. N. krwi = 155 mg %. Pirquet: +. Wassermann i Meinicke: —. *Badanie okulistyczne:* dno oka bez zmian.

Na podstawie powyższych danych rozpoznano *ostre zapalenie nerek z mocznicą azotemiczną* i polecono dietę owocowo-cukrową. Ponadto upuszczono w pierwszym dniu 85 cm³, w drugim zaś i trzecim po 50 cm³ krwi z żyły łokciowej, poczem wstrzyknięto po 40 cm³ 30% glukozy.

Stan chorego w ciągu 2 pierwszych dni nie uległ żadnej zmianie. W 3-cim zaś, t. j. 23. X. pogorszył się znacznie. Dziecko leżało zupełnie apatyczne, stale było senne, okresami zaś zamroczone. Wzbraniało się przyjmować najmniejszą ilość pokarmu, zmuszane zaś do wypicia małej ilości soku owocowego lub wody natychmiast wymiotowało. W 4-tym dniu (24. X.) stan chorego doznał dalszego pogorszenia. Dziecko znajdowało się w stanie stałego *zamroczenia. W powietrzu oddechowem* czuć było wyraźny *zapach moczowy. Oddechy* 22/min. były wyraźnie pogłębione. *toksyczne.* Tętno 134/min. *Ciśnienie krwi* 110/66 mm Hg. *Bezustanne wymioty.* Język deskowato suchy. *Facies abdominalis.* Ilość dobowa moczu (przy wypitych w ciągu 24 h 460 g soków owocowych) = 370 cm³. Białko = 2.08‰. *Osad:* w polu widzenia kilkanaście wałeczków, kilkadziesiąt krwinek oraz kilkanaście c. białych. *R. N. krwi* = 160 mg %.

W dniu tym, zastanawiając się szczegółowo nad przebiegiem choroby oraz ujemnym wynikiem dotychczasowego leczenia, poddaliśmy cały obraz chorobowy dokładnej analizie i przy tej sposobności zwróciliśmy uwagę na *niezgodność*, względnie rozbieżność, jaka zachodziła *pomiędzy poszczególnemi objawami.* Poważny stan ogólny, śpiączka, toksyczne oddechy, wybitny zapach moczowy z ust, nieustanne wymioty oraz wysoki poziom R. N., składające się na *obraz ciężkiej mocznicy*, nie zgadzały się z *wysoką diurezą* oraz *niewielką* stosunkowo *ilością białka.* Niejasnem było dla nas również *niskie ciśnienie, wysuszenie tkanek* oraz *zagęszczenie krwi.* Znaczne ilości moczu (75—100% wagi pożywienia) skłoniły nas do jaknajdokładniejszego rozbioru jakościowego i ilościowego, przyczem okazało się, że jakościowo poza białkiem i indykanem mocz nie zawiera żadnych składników patologicznych, ilościowo zaś niezmiernie *małe ilości chlorków*, mianowicie zaledwie *0.12%.* Wobec tak *znacznej hipochlorurji* zbadaliśmy poziom chlorków we krwi i stwierdziliśmy *hipochloremję = 266.8 mg %*, co przeliczone na Cl daje 161.6 mg %. Tak znaczne obniżenie poziomu chlorków skłoniło nas do tego, że po wykonanej właśnie w tym czasie wenesekcji nie upuszczaliśmy krwi, lecz wprowadziliśmy *dożylnie 100 cm³ płynu Ringera* z 7% glukozą. Pozatem wstrzyknęliśmy *500 cm³ płynu Ringera podskórnie.* Po tych zabiegach stan chłopca poprawił się o tyle, że pod wieczór ustąpiło zamroczenie i uspokoiły się nieco wymioty. W ciągu nocy nastąpiło jednak znowu pogorszenie, chory narzekał na bóle głowy i kilkakrotnie wymiotował.

Następnego dnia (25. X. rano) stan dziecka nie różnił się wiele od stanu z dnia poprzedniego. Dziecko było znowu zamroczone, oddechy stały się toksyczne, z ust wydobywał się zapach moczowy. Tętno 126/min., ciśnienie krwi 115/65 mm Hg.

Krew: c. czerw.	=	5,300.000 Hb = 79 Ind. Hb = 0.74
c. białych	=	21.400
pałeczk.	=	5.0%
segment.	=	84.5%
kwasochl.	=	0.5%
monoc.	=	2.5%
limfoc.	=	7.5%

Mocz: białko 2.08‰, — *chlorki 0.12‰*. Osad: kilkadziesiąt krwinek, kilkanaście ciałek białych oraz do 10 wałeczków w polu widzenia. Ilość dobowa 310 cm³ (przy wadze pożywienia 450 g). *Azot pozabiałkowy we krwi = 155 mg%. Chlorki krwi = = 264.3 mg%*, co przeliczone na Cl = 160.1 mg%.

Spowodu utrzymującej się hipochloremji wstrzyknięto podskórnie *400 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej*. Z dożylnych zastrzyknięć NaCl nie można było korzystać, ponieważ obie żyły łokciowe zostały już poprzednio nacięte, do innych zaś nie było można się dostać spowodu obfitej podściółki tłuszczowej i zapadniętego światła. Wobec tego, skoro stan dziecka po następnem 500 cm³-owem wlaniu podskórnem 0.85% NaCl w dalszym ciągu nie poprawiał się, około południa *podaliśmy doustnie 3 razy w 15-stu minutowych odstępach czasu po 5 g soli kuchennej* w niewielkiej ilości wody. *Efekt* tego był *niezwykły*. Przedewszystkiem odrazu *ustąpiły wymioty*. *Oddechy straciły* wkrótce *charakter toksyczny*. Tętno obniżyło się do 104/min. *Język zwilgotniał*. Po 2 godzinach spokojnego snu dziecko obudziło się i wśród skarg na bóle powłok brzusznych i okolic łokciowych (po injekcjach i wenesekcji) zaczęło się przyglądać otoczeniu. Wieczorem zjadło kaszę na wodzie z masłem i solą. W nocy spało spokojnie.

Nazajutrz (26. X.) rano *dziecko siedziało w łóżku uśmiechnięte i ożywione. Oddechy* były *spokojne i miarowe. Tętno 86/min.* Ciśnienie krwi 120/65 mm Hg. *Białko* w moczu obniżyło się do *6.24‰*, ilość krwinek i wałeczków do kilkunastu w polu widzenia. *Zawartość chlorków w moczu* pozostawała wprawdzie nadal niską = *0.14%*, stwierdzono zato wyraźny *wzrost poziomu chlorków we krwi do 362 mg%*, co równa się 219 mg% Cl. oraz znaczne *obniżenie R. N. do 78.4 mg%*. Ponadto stwierdzono przyrost wagi ciała o 1.300 g, co podobnie, jak wyraźnie lepsze napięcie skóry, wygładzenie i zaokrąglenie rysów twarzy oraz prawidłowo wilgotny język, świadczyło o *energicznem wiązaniu wody przez tkanki*. Zatrzymanie wody przez ustrój wyraziło się również spadkiem ilości c. czerwonych krwi na 3.950.000 oraz hemoglobiny na 57%.

Dalsze leczenie od tej chwili *polegało na podawaniu obficie slonej diety bezbiałkowej*. Inne środki jako zupełnie niepotrzebne odstawiliśmy. Leczenie to okazało się pod każdym względem doskonałem. Wszystkie pozostałe jeszcze *objawy chorobowe cofały się w szybkiem tempie*. Łaknienie było dobre. Szczególnie chętnie jadł chory potrawy słone. Pragnienie, początkowo wzmożone, po kilku dniach uspokoiło się. Waga ciała podwyższyła się w ciągu 2 dni o dalsze 500 g. Ilości dobowe moczu, które uprzednio w czasie mocznicy, przy wadze pożywienia nieprzekraczającej 500 g, dochodziły do 700 cm³, obecnie w czasie pierwszych dni diety słonej o znacznie wyższej wadze (do 1200 g), wahały się między 300—500 cm³. O równoczesnem skwapliwem zatrzymywaniu chlorków przez tkanki i krew świadczą małe ilości chlorków w moczu. Ta *hipochlorurja utrzymuje sie bardzo długo* i tak 31. X., *przy 406 mg% chlorków krwi* (= 244 mg% chloru), *zawartość chlorków w moczu wynosi zaledwie 0.45%*, a 6. XI. przy tym samym poziomie Cl krwi 0.52%. *Normolna wartość (0.9%) osiągają one dopiero* 13. XI. *przy 582 mg% chlorków we krwi*, co równa się 352.7 mg% chloru.

W szybkiem tempie obniża się R. N. krwi. 25. X. przed doustnem podaniem NaCl wynosi 155 mg%, nazajutrz, po 18 godzinach od chwili spożycia 15 g NaCl, spada do 78.4 mg%. 1. XI. wynosi 50.2 mg%, a 6. XI. 39.2 mg%. *Równie szybko znikają składniki patologiczne moczu.* 25. X. stwierdzono 2.08‰ białka oraz kilkadziesiąt ciałek czerwonych oraz kilkanaście wałeczków na 1 pole widzenia. Nazajutrz (po NaCl) białko spada do 0.12‰, a ilość krwinek i wałeczków do kilkunastu. 31. X. stwierdza się już tylko 0.12‰ białka, kilkanaście krwinek i kilka wałeczków, a 1. XI. 0.06‰ białka oraz nieliczne elementy upostaciowane. Ślad białka (poniżej 0.03‰) daje się stwierdzić aż do 9. XI., poczem znika ono zupełnie. Nieliczne (kilka w preparacie) krwinki i wałeczki pojawiają się w moczu aż do 16. XI., dopiero po tym dniu także i osad wolny jest stale od wszelkich składników patologicznych.

21. XI. dziecko opuszcza Klinikę, jako wyleczone.

Streszczając: 10-letni chłopczyk, wykazujący od wczesnego dzieciństwa objawy wybitnej neuropatji, *neuropatyczny brak apetytu oraz wymioty, zapada na ostre zapalenie migdałków*. Przez okres czterech tygodni *pożywienie jego składa się wyłącznie z soków owocowych i cukru*. Równocześnie *chory bardzo często wymiotuje*. Wymioty i niechęć do jedzenia odnoszono najpierw do bolesności gardła, następnie uważano za objawy neuropatji. Skoro jednak w 3-cim tygodniu choroby stwierdzono w moczu białko i wałeczki, a wkrótce potem bóle głowy i senność, *rozpoznano ostre zapalenie nerek z rozpoczynającą się mocznicą*. Rozpoznanie powyższe potwierdzone zostało podwyższonem R. N. krwi. *Dieta bezsolna*, zalecona w szpitalu w jaknajściślejszej postaci (soki owocowe i cukier) i kontynuowana w tej formie w ciągu pierwszych 4 dni w klinice *oraz inne środki lecznicze, jak upust krwi, injekcje glukozy* i t. d. *nie dają* żadnej *poprawy, przeciwnie doprowadzają* pacjenta w dniu 25. X. *do ciężkiej śpiączki*.

Równocześnie jednak dokładne *spostrzeganie kliniczne wykazuje niezgodność między ciężkiemi objawami mocznicowemi, a ilością i składem moczu*. Niejasności te skłaniają do dokładnego ilościowego rozbioru moczu, który wykazuje *hipochlorurję*, równającą się praktycznie zupełnemu zniknięciu chlorków w moczu. Wykonane skolei *badanie krwi na zawartość chlorków (266.8 mg%)* usuwa wszelkie trudności diagnostyczne, i pozwala *rozpoznać mocznicę hipochloremiczną dając* równocześnie *wskazówkę do właściwej terapji*. Szybki i nad wyraz efektowny *skutek leczniczy podanego chlorku* sodu *potwierdza w zupełności rozpoznanie mocznicy hipochloremicznej*.

Spornem może być tylko zagadnienie, czy mieliśmy tu kombinację dwóch spraw chorobowych, mianowicie mocznicy nerkowej i hipochloremicznej czy też wyłącznie tę ostatnią. Znaczny odstęp czasu między anginą, a datą pojawienia się białka i wałeczków w moczu, nieznaczne ich ilości nawet na szczycie choroby, obfita diureza w czasie największego nasilenia objawów mocznicowych, natychmiastowe ustąpienie tych objawów po doustnem podaniu NaCl, wkońcu szybkie zniknięcie składników patologicznych moczu przy obficie słonej diecie przemawiają przeciwko pierwotnemu schorzeniu organicznemu nerek, jako przyczynie mocznicy. Nakazują natomiast przyjąć, że *przyczyną azotemji była hipochloremja, wywołana długotrwałemi wymiotami przy współudziale diety bezsolnej. Wymioty były pochodzenia neuropatycznego.* Za tem przemawiają dane anamnestyczne oraz dwukrotnie w 2-gim tygodniu choroby wykonane rozbiory moczu z wynikiem ujemnym. W następnym, t. j. 3-cim i w 4-tym tygodniu choroby możnaby myśleć o organicznem cierpieniu nerek, t. j. o ostrej *nephritis*. Przeciwko temu przemawia jednak szybkie wystąpienie objawów mocznicowych w czasie, kiedy ilość białka oraz elementów morfologicznych osadu moczowego była jeszcze bardzo nieznaczna. Pojawiły się one w większej ilości właściwie dopiero między 2-gim a 5-tym dniem pobytu dziecka w klinice, a zatem w czasie daleko posuniętej hipochloremji. Na tej podstawie możemy przyjąć, że przyczyną zmian anatomicznych w nerkach, o czem myśleć musimy ze względu na składniki osadu, było również zaburzenie w chemizmie krwi.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Antoni FIDLER, st. asystent Kliniki. Warszawa.

Dychawica sercowa w przebiegu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Z 2. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski.

Dychawica sercowa w zwężeniu i niedomykalności zastawki dwudzielnej nie jest rzeczą częstą. Gallavardin, pierwszy opisał 4 takie przypadki, Saloz i Frommel, Ribierre, Michitch, Sentis i Maguiel — po jednym, Doumer — 3, Hess — 4, Schellong — 4, Thums — 1. Nasze zatem przypadki są pierwszemi w piśmiennictwie polskiem, zaś 22, 23, 24, 25, 26 i 27 w piśmiennictwie światowem. Pewna odrębność w przebiegu, rokowaniu i leczeniu, jak i zagadnienie mechanizmu powstawania tej dychawicy sercowej są dla nas powodem do omówienia 6 tego rodzaju przypadków, spostrzeganych w Klinice w ciągu ostatnich lat.

Przypadek I. Chora, P. K., lat 24, niezamężna (L. Dz. Kl. 21/1931/32) przybyła do Kliniki dnia 3. IX. 1931 spowodu napadowej duszności, połączonej z bólami w okolicy sercowej oraz

z szybkiem męczeniem się. Choroba rozpoczęła się w 1927 r. bólami w okolicy sercowej, biciem serca oraz obrzękiem dolnych kończyn, które ze zmiennem nasileniem trwały do 1931 r. 2. VII. 1931 r. utraciła nagle przytomność i od tego czasu nie może władać lewemi kończynami. Od początku choroby miewa od czasu do czasu napady duszności, połączone z odpluwaniem pienistej, niekiedy krwistej plwociny. Również co pewien czas odczuwa bóle w okolicy sercowej, promieniujące do lewego ramienia, niezależne tak, jak i napady duszności, od wysiłków fizycznych. Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykryło: lekką sinica warg, trzeszczenia w dolnych płatach obu płuc, granice bezwzględnego stłumienia sercowego: górna — IV międzyżebrze, prawa — linja środkowa ciała, lewa — 1 palec w lewo od linji środkowej obojczykowej lewej. Osłuchowo nad koniuszkiem szmer przedskurczowy oraz kłapiący pierwszy ton, pokryty szmerem skurczowym. Nad tętnicą płucną wybitne wzmocnienie i rozdwojenie 2. tonu oraz szmer rozkurczowy. Tętno miarowe, słabo napięte i słabo wypełnione, 84 na min. Ciśn. tętn. 95/63 mm Hg. Wątroba wyczuwalna na szerokość palca spod łuku żebrowego, gładka, twardawa, lekko tkliwa. Na kończynach dolnych, nieznaczne obrzęki w okolicy kostek. Niedowład połowiczy po stronie lewej. Mocz bez zmian. Badanie morfologiczne krwi: kropla świeża bez zmian, krwinek czerwonych 3.760.000, Hb. 94%, Wsk. barw. 1,25. Krwinek białych 9.200, mianowicie kwasochłonnych 7%, obojętnochłonnych: pałeczkowatych 15%, podzielonych 48%, limfocytów 26%, monocytów 4%. Badanie stolca na obecność czerwi dało wynik ujemny. Badanie rentgenowskie wykryło duże serce o konfiguracji mitralnej. Rozpoznaliśmy zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie niewydolności krążenia. W czasie dwuletniego pobytu chorej w Klinice spostrzegaliśmy wielokrotnie napady duszności, połączone z odpluwaniem pienistej, niekiedy krwawej plwociny. Badanie przedmiotowe wykrywało wówczas rozlane drobnobańkowe, niedźwięczne rzężenia w obu płucach, przyspieszoną akcję serca do 150/min. oraz wzmożenie przekrwienia biernego wątroby. Niekiedy w czasie napadu pojawiał się ból pod lewą łopatką ze znacznem krwiopluciem, badanie zaś wykrywało ognisko szmeru oddechowego oskrzelowego oraz tarcie opłucne pod kątem lewej łopatki. Napady pojawiały się niezależnie od wysiłków fizycznych, przeważnie po zdenerwowaniu. Leczenie nasze, polegające na podawaniu przetworów naparstnicy wewnętrznie, podskórnie oraz dożylnie, ouabainy we wstrzykiwaniach dożylnych (1/4 mg), scilarenu, kamfory, kofeiny, diuretyny i łakarnolu, nietylko nie wpływało na częstość i jakość napadów, lecz i w czasie napadu było najczęściej bezskuteczne. Jest rzeczą dziwną, że przetwory rtęciowe, salirgan, nowuryt wstrzyknięte dożylnie, które, jak to spostrzegałem, przerywają prawie natychmiast napad dychawicy sercowej, w danym przypadku były również bezskuteczne. Natomiast odnosiło się wrażenie, że przetwory bromowe oraz kozłkowe zmniejszały częstość i siłę napadów. W lipcu 1934 r. ukończyliśmy spostrzeganie chorej, z informacji zaś, które udało się nam zebrać, wynika, że stan jej zdrowia nie uległ zmianie.

Przypadek II. Chora S. B., lat 28, niezamężna (L. Dz. Kl. 436/1933/34) zgłosiła się do Kliniki spowodu napadowej duszności, bicia serca i bólów w okolicy sercowej. Choroba rozpoczęła się w końcu 1933 r. napadami bólów w okolicy sercowej, które pojawiały się niezależnie od wysiłków fizycznych, często nawet i w nocy. Początkowo miewała jednogodzinne napady 1—2 razy tygodniowo. Po kilku miesiącach bólom, które pojawiały się coraz częściej, zaczęły towarzyszyć bicia serca. W końcu 1933 roku odczuwała bicia serca i duszność w czasie niewielkich nawet wysiłków fizycznych, przyczem spostrzegła również obrzmienie stóp. Trzy tygodnie przed przybyciem do Kliniki przechodziła grypę, podczas której miała ciężki napad duszności. W 2 tygodnie później, po niewielkim wysiłku fizycznym, pojawił się drugi podobny napad duszności, połączony z silnym kaszlem.

Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykryło: lekką sinicę warg, zaostrzenie szmerów oddechowych w dolnych częściach obu płuc, w sercu: uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu w linji środkowej obojczykowej lewej, granice: górna — III międzyżebrze, prawa — linja środkowa ciała, lewa — linja środkowa obojczykowa lewa. Osłuchowo nad koniuszkiem kłapiący I ton oraz dwa szmery — rozkurczowy i skurczowy. Nad tętnicą płucną wzmocnienie 2. tonu. Tętno miarowe, średnio napięte i wypełnione, 72/min. Ciśn. tętn. 110/75 mm Hg. Nieznaczna bolesność w dołku podsercowym. Mocz: c. g. 1028, białko 0,16%, pozatem stosunki prawidłowe.

Badanie surowicy krwi: azot resztkowy 22,7 mg %, albuminy 5,68 g %, globuliny 1,52 g %, $\frac{A}{G} = 3,73$. Roentgen klatki piersiowej: serce nieznacznie powiększone o konfiguracji mitralnej. Rozpoznaliśmy zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Chora od dn. 18. V. do 23. V. nie pobierała żadnych leków, otrzymując dietę bezmięsną, mało solną oraz ubogą w płyny i pozostawała w łóżku. W tym okresie uskarżała się na bicia serca, a tętno bez widocznej przyczyny wahało się od 64 do 120 uderzeń na min. Od dn. 24. V. do 27. V. podawaliśmy naparstnicę w dawkach 0,1 g liści miareczkowanych 3 razy w ciągu dnia; łącznie chora otrzymała ich 1,0 g. Dn. 28. V. pojawiły się nudności oraz spadek tętna do 54/min, wskutek czego lek odstawiliśmy, podając po 2 dniach naparstnicę w dawce dziennej 0,09 g. Od dn. 3. VI. do 11. VI. chora miała codziennie napady duszności, połączone z kaszlem i biciem serca oraz bólami w dołku podsercowym. Przedmiotowo wykrywaliśmy rzężenia niedźwięczne, drobnobańkowe w dolnych płatach obu płuc, bolesność i obrzmienie lewego płatu wątroby oraz tętno, wahające się od 100—120/min.. pomimo tego, że w tym okresie zaczęliśmy znów podawać naparstnicę tak, iż chora otrzymała jej w łącznej dawce 2,1 g. Wstrzyknięcie 2 cm³ salirganu dożylnie nie naprawiło duszności. W następnym okresie od dn. 12. VI. do 17. VI. chorej wstrzykiwaliśmy ouabainę dożylnie po 1/4 mg; w łącznej dawce chora otrzymała 2 mg. Chociaż pierwsze dwa wstrzyknięcia nie poprawiły wybitniej stanu dusznicowego, który zmuszeni byliśmy łagodzić przetworami makowca, to jednak w dniach następnych stan się poprawił. Dalsze leczenie naparstnicą (0,1 g trzy razy dziennie, łącznie 3,53 g) utrwaliło stan poprawy. Chorą dn. 16. VII. wypisaliśmy z Kliniki, zalecając jej pobieranie diuretyny z luminalem. W październiku mieliśmy możność skontrolowania stanu zdrowia, który, jak chora podaje, jest zupełnie zadawalający w czasie pobierania diuretyny z luminalem, natomiast w okresie bezlekarstwowym chora odczuwa lekką duszność napadową oraz bicia serca. Przedmiotowo poza opisanemi już zmianami w sercu odchyleń od stanu prawidłowego nie wykryliśmy.

Przypadek III. Chora K. G., lat 24, niezamężna (L. Dz. Klin. 10/1934/35), przybywa do Kliniki spowodu napadowej duszności. bicia serca, bólów głowy i nudności. Choroba datuje się od 4 lat. W ciągu tego okresu czasu chora miewała co 2—3 miesiące napady duszności, połączone z biciem serca i odpluwaniem dużej ilości pienistej, krwawej plwociny. Napady te pojawiały się po znaczniejszych wysiłkach fizycznych, trwały po kilka godzin i ustępowały po leżeniu w łóżku. Od 2 miesięcy czuje się gorzej, mianowicie miewa stałe bicia serca, bóle głowy i nudności niezależne od jedzenia. Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykryło: serce: uderzenie koniuszkowe widoczne i wyczuwalne w V międzyżebrzu w linji środkowej obojczykowej lewej, granice: bezwzględnego stłumienia górna — IV żebro, prawa — linja mostkowa lewa, lewa — linja środkowa obojczykowa lewa. Osłuchowo nad koniuszkiem kłapiący pierwszy ton oraz szmer rozkurczowy i słaby skurczowy, nad tętnicą płucną wzmocnienie 2 tonu. Tętnice miękkie, tętno miarowe, średnio napięte, miernie wypełnione, 80/min. Ciśn. krwi 110/55 mm Hg. Mocz bez zmian. Badanie surowicy krwi: azot resztkowy 21 mg %, albuminy 5,18 g %, globuliny 1,99 g %; $\frac{A}{G} = 2,6$. Badanie elektrokardjograficzne nieprawidłowości nie wykryło. Roentgen: serce w całości rozszerzone o konfiguracji mitralnej. Rozpoznanie: zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Od dnia 28. VIII. do 6. IX. chora poza przetworami bromowemi, dietą lekkostrawną, ubogą w płyny i sól, oraz leżeniem w łóżku nie otrzymywała żadnego innego leczenia. W okresie tym uskarżała się od czasu do czasu na bicia serca. przedmiotowo zaś tętno wahało się od 66—92/min. Od 7. IX. do 12. IX., ze względu na ogólne osłabienie i bicia serca podawaliśmy naparstnicę w dawce 3 razy dziennie po 0,1: łącznie chora otrzymała 1,2 g. Wobec nudności i spadku tętna do 57/min, naparstnicę odstawiono. Od dnia 13. — 26. IX. uskarżała się na ogólne osłabienie i bicia serca, przedmiotowo zaś tętno wahało się w okresie kilku minut od 57 do 111/min. Od dn. 27. IX. do 4. X. chora miewała codziennie napady duszności, połączone z biciem serca oraz odpluwaniem dość dużej ilości pienistej, krwawej plwociny. Przedmiotowo wykrywaliśmy drobnobańkowe rzężenia w dole obu płuc. Podawana dożylnie ouabaina w dawce 1/4 mg w ciągu 3 dni nie dała wyraźniejszej poprawy. Od dn. 5. X. chora czuje się lepiej, podmiotowe bicia serca ma mniejsze, choć przedmiotowo nadal wykrywa się znaczną pobudliwość tętna. Podajemy jej w tym okresie przetwory bromowe oraz kozłkowe.

Przypadek IV. Chora S. W. lat 28, niezamężna (L. Dz. Klin. 93/1934/35), przybywa do Kliniki spowodu napadowej duszności, połączonej z biciem serca, oraz ogólnem osłabieniem. Choroba rozpoczęła się 3 tygodnie temu nagłym napadem duszności, połączonym z biciem serca, bólem w okolicy sercowej oraz drętwieniem lewej ręki. Po tygodniu oraz w przeddzień przybycia do Kliniki miała podobne napady, lecz trwające nieco dłużej. Między

napadami odczuwa bicia serca oraz duszność wysiłkową. W 1920, 1928 i 1932 r. przechodziła zapalenie stawów, po którem pozostała wada zastawkowa. Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykrywa: nieznaczne powiększenie tarczycy, w sercu: uderzenie koniuszkowe w VI międzyżebrzu w linji środkowej obojczykowej lewej, granice: bezwzględnego stłumienia górna — IV międzyżebrze, prawa — linja mostkowa lewa, lewa — linja środkowo-obojczykowa lewa. Osłuchowo: na koniuszku kłapiący pierwszy ton oraz szmer skurczowy. Nad tętnicą płucną gwałtowny pierwszy ton, brak wzmocnienia 2 tonu. Tętnice miękkie, tętno miarowe, średnio napięte i wypełnione, 92/min. Ciśn. tętn. 110/85 mm Hg. Wątroba wyczuwalna na szerokość 2 palców, miękka, gładka, tkliwa. Mocz bez zmian. Badanie morfologiczne krwi: kropla świeża bez zmian. Krwinek czerwonych 3,600,000 Hb. 80% wsk. barw. 1.1., krwinek białych 6,600: kwasochłonnych 2%, obojętnochłonnych: pałeczkowatych 9%, podzielonych 48%; limfocytów 35%, monocytów 6%. Opadanie krwinek po 1 godz. — 9 mm, po 2 godz. — 24 mm, po 24 godz. — 95 mm. Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi ujemny. Badanie surowicy krwi: azot resztkowy — 18,7 mg %, albuminy 5,38 g %, globuliny 2,58 g %; $\frac{A}{G}$ = 2,08. Roentgen: serce w całości powiększone o konfiguracji mitralnej. Rozpoznanie: zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Chora w czasie pobytu w Klinice, leżąc w łóżku i otrzymując dietę lekkostrawną z ograniczeniem płynów do 4 szklanek dziennie oraz przetwory miłka wiosennego, czuje się zupełnie dobrze.

Przypadek V. Chora B. R., lat 32, zamężna. (L. Dz. Kl. 112 i 221/33—34), przybywa do Kliniki spowodu napadu gwałtownej duszności, bicia serca, obrzęków i gorączki. Choroba rozpoczęła się 11 lat temu podczas ciąży biciem serca i ogólnem osłabieniem, które wzmogły się po porodzie. Rok temu po raz pierwszy spostrzegła obrzęki na kończynach dolnych, a od 10 tygodni odczuwa silne bicia serca i szarpanie w okolicy sercowej oraz podniesioną ciepłotę. Przed tygodniem pojawiła się gwałtowna duszność, połączona z biciem serca, suchym kaszlem i gorączką, dochodzącą do 39°. Ponieważ stan ten trwa do chwili obecnej, chorą skierowano do Kliniki. Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykrywa t° 37,4° gwałtowną duszność, sinicę błon śluzowych i skóry, w płucach liczne drobnobańkowe i średniobańkowe rzężenia oraz furczenia, w sercu: uderzenie koniuszkowe wyczuwalne w VI międzyżebrzu 3 palce w lewo od linji środkowej obojczykowej lewej, granice bezwzględnego stłumienia: górna — IV żebro, prawa — 1 palec w prawo od linji mostkowej prawej, lewa — 3 palce w lewo od linji środkowej obojczykowej lewej. Osłuchowo nad koniuszkiem szmer skurczowy i rozkurczowy, nad tętnicą płucną szmer skurczowy i silne wzmocnienie drugiego tonu. Tętnice twardawe, tętno niemiarowe, nierówne, bardzo słabo wyczuwalne, 120/min. Ciśn. tętn. 100/63. Wątroba wyczuwalna na szerokość 4 palców, gładka, miękka, bolesna. Nieznaczne obrzęki stóp. Mocz: białka 0,033‰, wzmożenie urobilinogenu, w osadzie 1—3 krwinki czerwone w polu widzenia. Badanie rentgenowskie: serce w całości powiększone o konfiguracji mitralnej. Rozpoznanie: zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie niewydolności krążenia. Stan chorej, pomimo dwumiesięcznego energicznego leczenia lekami sercowemi i moczopędnemi. nie uległ znaczniejszej poprawie, i chorą na własne żądanie wypisano z Kliniki z objawami niewydolności krążenia.

Przypadek VI. Chora S. L., lat 32, niezamężna (L. Dz. Kl. 140/34—35), przybyła do Kliniki spowodu ciężkiej duszności, połączonej z oddawaniem krwawej piany z ust. Duszność pojawiła się nagle rano w czasie pracy, szybko bardzo wzrastała, poczem zjawił się charczący oddech i wydzielanie krwawej piany z ust. Takie napady duszności miewała kilkakrotnie w ciągu ostatnich 4 lat. Między napadami odczuwa nieznaczne wysiłkowe bicia serca oraz duszność, wzmagającą się w okresie przedmiesiączkowym. Badanie przedmiotowe z odchyleń od stanu prawidłowego wykrywa: nieznaczną sinicę powłok, w płucach bardzo liczne drobnobańkowe niedźwięczne rzężenia, w sercu: uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu, 1½ palca w lewo od linji środkowej obojczykowej lewej, granice: bezwzględnego stłumienia górna — III międzyżebrze, prawa — prawa linja mostkowa, lewa — w lewej linji pachowej przedniej. Osłuchowo: nad koniuszkiem kłapiący pierwszy ton oraz szmer przedskurczowy i rozkurczowy, drugie tony nad obu tętnicami wzmocnione. Tętnice miękkie, tętno słabo napięte i wypełnione, miarowe, 104/min. Mocz bez zmian. Badanie rentgenowskie: rozszerzenie lewego przedsionka i prawej komory. Konfiguracja serca mitralna. Odczyn B.-Wassermanna we krwi ujemny. Rozpoznanie: zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Wstrzyknięcie dożylne ouabainy i salirganu w czasie napadu duszności poprawiło po 2—3 godz. stan chorej, poczem dalsze leczenie przetworami naparstnicy poprawę tę utrwaliło.

Zestawienie przytoczonych przypadków nasuwa wnioski następujące. Przedewszystkiem uderza młody wiek, który w naszych przypadkach wahał się od 24 do 32 lat, G a l l a v a r d i n a od 35—52 lat, D o u m e r a od 25 — 36 lat, H e s s a od 16 — 25 lat, w jednym 48 lat, S c h e l l o n g a od 19—29 lat, w jednym tylko 55 lat, w przypadku S a l o z a i F r o m m e l a wynosił 37 lat, T h u m s a zaś 28 lat. Pojawianie się dychawicy sercowej w tak młodym stosunkowo wieku, (12 przypadków w wieku lat 19 — 28, 5 — 32 — 35 latach) tłumaczy się prawdopodobnie wczesną śmiertelnością tych chorych, gdyż, jak wynika ze statystyki, zebranej przez Prof. W. O r ł o w s k i e g o, wady nabyte lewej połowy serca wiodą do zejścia śmiertelnego najczęściej między 31 a 50 r. życia. Jest również rzeczą interesującą, że tak nasze przypadki, jak i przypadki innych autorów dotyczyły przeważnie niezamężnych kobiet. Tylko T h u m s i w jednym przypadku H e s s spostrzegali powyższe objawy u mężczyzn. Zjawisko to tylko częściowo można wytłumaczyć przewagą wad nabytych u kobiet, gdyż wedle Prof. W. O r ł o w s k i e g o stosunek tych wad obu płci ma się jak 47,4 (mężczyźni) do 52,6 (kobiety), podczas gdy w ogłoszonych przypadkach dychawicy w przebiegu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej stosunek ten wynosi 2:25. Badanie przedmiotowe serca wykrywa objawy przedewszystkiem zwężenia lewego ujścia żylnego, bez znaczniejszego powiększenia wymiarów serca w lewo, oraz nadmierną jego pobudliwość. Tętno w spokoju może się wahać z minuty na minutę w bardzo rozległych granicach, jak to jaskrawo zaznacza się w przypadku III, w którym zmiana liczby tętna w granicach kilkudziesięciu uderzeń w ciągu paru chwil nie była rzadkością, co również spostrzegał w swoim czwartym przypadku i S c h e l l o n g. Ciśnienie skurczowe krwi wogóle niskie nie przekracza 110 mm Hg, rozkurczowe zaś waha się od 55—85 mg Hg. W napadzie dychawicy ciśnienie skurczowe podnosi się, dochodząc do 190 mm Hg, ciśnienie zaś rozkurczowe pozostaje nadal na niskim poziomie (S c h e l l o n g). Okres napadu dychawicy cechuje przyspieszenie tętna, sinica, niekiedy typowe objawy obrzęku płuc. podniecenie nerwowe, płaczliwość i, co najciekawsze, niekiedy przekrwienie bierne wątroby pomimo nieustępującej duszności oraz objawów obrzęku płuc. Napady pojawiają się często po zdenerwowaniu niezależnie od wysiłków fizycznych, choć oczywiście, już po nieznacznych wysiłkach prawie zawsze występują. Rozpoczynają się zwykle biciem serca, trwają po kilka godzin i pozostawiają przez kilka dni uczucie ogólnego osłabienia. Niekiedy napad nie osiąga swego szczytu, lecz kończy się biciem serca, zdenerwowaniem i osłabieniem ogólnem. W zależności od ciężkości napadu chory odpluwa mniejszą, lub większą ilość pienistej, czasem krwistej plwociny, niekiedy zaś duszności towarzyszy tylko męczący, suchy kaszel. Zachowanie się chorych było różne: jedne wykazywały objawy ogólnego niepokoju, przewracając się z boku na bok w łóżku, inne leżały spokojnie z uniesioną górną połową ciała. Badanie surowicy krwi w trzech przypadkach wykryło hipoglobulinemję oraz wysoki wskaźnik białkowy, których nie spotyka się naogół w przypadkach wad zastawkowych o innym przebiegu, natomiast stwierdza się je w niektórych przypadkach zaburzeń miesiączkowania. Nie jest zatem wyłączone, że większy udział kobiet zwłaszcza niezamężnych w omawianem cierpieniu zależy od zaburzeń w wydzielaniu gruczołowem, zaczem również mogłaby przemawiać ta okoliczność, że w przyp. VI. duszność wzmagała się w okresie przedmiesiączkowym. Stwierdzenie nadto, że hipoglobulinemji w przypadku skojarzonej wady zastawki dwudzielnej, który nasuwa wątpliwość co do charakteru napadów, przemawia raczej za ich organiczną istotą.

Rokownie co do życia w czasie samego napadu, mimo wielu niepokojących objawów, jest raczej dobre, jak tego dowodzą nasze przypadki, a zwłaszcza I i VI, których stan zdrowia, pomimo wielu ciężkich napadów, jest względnie zadawalający. Oczywiście. chorzy tacy są niezdolni do jakiejkolwiek dłuższej i lekkiej nawet pracy, przyczem wystrzegać się powinni wszelkich wzruszeń psychicznych, nie mówiąc już o tem, że ciąża grozi utratą życia.

Leczenie dychawicy sercowej w przebiegu wady skojarzonej zastawki dwudzielnej nie jest rzeczą wdzięczną. Jak z przedstawionych przypadków wynika, w okresie beznapadowym najskuteczniej działają przetwory teobrominowe, bromowe, kozłkowe, niekiedy zaś naparstnicowe, zmniejszając częstość napadów, w napadzie zaś oddają dobre usługi przetwory makowca ew. ouabaina w postaci wlewań dożylnych. Niekiedy napad mija po podaniu wewnętrznem środków uspakajających, niekiedy trzeba się uciec do upustu krwi. Nie mogę się zgodzić z zapatrywaniem niektórych autorów, którzy uważają, że naparstnica jest przeciwwskazaną w leczeniu omawianych przypadków, gdyż, poprawiając krą-

żenie obwodowe, wzmaga częstość i siłę napadów. Doskonałą ilustracją niedostatecznego uzasadnienia tego twierdzenia są nasze przypadki I, II i VI. W pierwszym z tych przypadków liczba i rodzaj napadów zupełnie nie zależały od ilości i sposobu podawania naparstnicy, w drugim zaś i szóstym podanie naparstnicy w łącznej dawce 3,53 g i 2,0 g utrwaliło stan poprawy, w drugim przypadku podawanie naparstnicy w pierwszym okresie (24. V. — 27. V.) nie wywołało napadów dychawicy, pomimo pojawienia się drobnych objawów przedawkowania. Gallavardin i Doumer podkreślają, że w kilku przypadkach dobry wynik leczniczy zawdzięczali właśnie podawaniu naparstnicy. Nie można mówić również, zdaniem naszem, o szczególnej wrażliwości chorych tego rodzaju na naparstnicę, gdyż, jak to widać z II przypadku, nawet duże dawki naparstnicy (3,53 g) nie spowodowały niepożądanych ubocznych objawów, zaś w III przypadku odstawiliśmy naparstnicę raczej ze względu na brak widocznej poprawy, niż spowodu nudności i zwolnienia tętna, gdyż objawy te pojawiały się również niezależnie od pobierania przez chorą naparstnicy. Z drugiej strony wiemy, że spotyka się w praktyce przypadki niewydolności krążenia szczególnie wrażliwe na naparstnicę, niezależnie od rodzaju przyczyny, która tę niewydolność spowodowała. Raczej odnosi się wrażenie, że wrażliwość na naparstnicę zależy od okresu, w którym się ją podaje (przyp. II), przyczem powody tej zmiennej wrażliwości nie są dostatecznie uchwytne. Ouabaina we wlewaniach dożylnych (1/4 mg) zmniejsza niekiedy duszność napadową (przyp. II i VI), niekiedy nie działa zupełnie (przyp. I i III), w żadnym jednak z naszych przypadków nie pogarszała stanu chorych, jak to podają niektórzy. W każdym razie ze względu na wrażliwość osobniczą poleca się wstrzyknąć po raz pierwszy połowę dawki zwykłej (1/8 mg). Jest rzeczą szczególną, że wstrzyknięcie dożylne, w czasie napadu przetworów rtęciowych (salirganu, nowuryt), które przerywają napad dychawicy sercowej, niezależnie od przyczyn, które go spowodowały, nie podziałało zupełnie w I i II z omawianych przypadków.

Niezmiernie interesujący jest problem patogenezy dychawicy sercowej. Przyjmuje się ogólnie, że napad dychawicy powstaje wskutek niewydolności lewej komory serca przy dobrej pracy komory prawej, względnie wskutek niestosunku między pracą obu komór, czego następstwem jest przekrwienie płuc, a nawet ich obrzęk. Teorja ta wymaga dobrej pracy prawej komory, a więc braku objawów przekrwienia biernego w dużem krążeniu, względnie zmniejszenia się obrzęku płuc lub duszności w miarę słabnięcia komory prawej. Z tem twierdzeniem nie są w zgodzie nietylko nasze przypadki, ale również opisane przez entuzjastów wymienionego poglądu. Pierwsza, druga i piąta z naszych chorych miały wyraźne objawy przekrwienia biernego wątroby w czasie napadów dychawicy, które ustępowało lub zmniejszało się po napadzie, przyczem pojawieniu się objawów niewydolności prawej komory nie towarzyszyło bynajmniej zmniejszenie się dychawicy. Schellong, zwolennik teorji mechanicznej przytacza w swej pracy przypadek (nr. 2) podobny, w którym znaczne przekrwienie bierne w wątrobie nie może być w żadnym razie uznane za dowód dobrej pracy prawej komory. Hess w jednym swoim przypadku spostrzegał przekrwienie bierne wątroby w czasie napadu. Wzrost ciśnienia tętniczego krwi w okresie napadowym (Schellong) przemawia stanowczo przeciwko niewydolności lewej komory. Te same względy przeczą udziałowi ostrej niewydolności lewego przedsionka w powstawaniu omawianego zjawiska (Gallavardin), zwłaszcza jeśli się weźmie pod uwagę przypadki Vaqueza i Denzelota, którzy spostrzegali obrzęk płuc mimo narastania ciśnienia tętniczego, np. 140/80 mm Hg do 300/170 mm Hg, Aubertina, który u kobiet z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej widział w napadzie obrzęku płuc wzrost ciśnienia tętniczego ze 155 mm Hg na 280 mm Hg, które po upuście krwi spadło do 180 mm Hg, i pozostało na tym poziomie, pomimo potęgowania się obrzęku płuc. Amblard jest zdania, że tak ciśnienie skurczowe, jak i rozkurczowe na początku obrzęku płuc wzrasta, poczem naogół spada. Ribierre u chorego ze zwężeniem ujścia żylnego lewego nie zauważył zmian ciśnienia tętniczego w napadzie dychawicy sercowej. Osobiście również nie spostrzegałem spadku ciśnienia tętniczego w napadzie dychawicy sercowej w jednym przypadku niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Zwiększenie ilości krwi krążącej nie może być również przyczyną przekrwienia w płucach, gdyż 1. Schellong stwierdził to zwiększenie tylko w 55% przypadków wad zastawki dwudzielnej, przyczem badania były przeprowadzone w okresie pozanapadowym, moje zaś osobiste doświadczenie stwierdza, że ilość krwi krążącej w tych wadach jest przeważnie prawidłowa, 2. gdyby nawet przyjąć jako prawo wzrost ilości krwi krążącej, to fakt ten nie dowodzi bynajmniej konieczności zwiększenia przekrwienia płuc, gdyż decydującym czynnikiem dla pracy układu krążenia jest objętość minutowa serca, a nie ilość krwi krążącej. Zwiększenie lub zmniejszenie tej ilości może się wcale nie odbić na pracy serca, gdyż rozszerzenie lub zwężenie łożyska naczyniowego w zupełności wystarcza dla ścieniowania efektu, wywołanego przez wahania w ilości krwi krążącej. Twierdzenie to nie jest teoretyczne, lecz znajduje swoje uzasadnienie w braku zależności objętości minutowej serca od ilości krwi krążącej, jak o tem przekonałem się w swoich pracach doświadczalnych. Objętość minutowa w dychawicy sercowej jest wzmożona (Eppinger, A. Fidler), jednak fakt ten nie dowodzi również przekrwienia biernego płuc, przemawia raczej za nadmiernem rozszerzeniem naczyń włosowatych, które w jednostce czasu przepuszczają przez płuca większą ilość krwi. Z dotychczasowemi naszemi wiadomościami z fizjologji i patologji godzić się będzie przypuszczenie, że szersze naczynia włosowate ułatwiają przechodzenie płynu przez ścianę naczyniową, wywołując obrzęk płuc. Nie w stanie skurczu naczyń płuc, jak utrzymuje Hess, lecz w nadmiernem rozszerzeniu naczyń włosowatych, należy upatrywać jedną z przyczyn przesięku w pęcherzykach, zwłaszcza że badania tego autora, na zasadzie których buduje on swoje wnioski, nie dotyczą przypadków omawianego cierpienia, lecz wad zastawki dwudzielnej, którym towarzyszyło banalne, przewlekłe, bierne przekrwienie płuc. Co jest jednak powodem tego nagłego rozszerzenia naczyń włosowatych, a więc ostrej napozór niewydolności krążenia, pozostaje tajemnicą, nierozwiązaną dotąd, pomimo licznych badań. Nie może nim być nagromadzenie we krwi bezwodnika kwasu węglowego, (Fraser, Harris, Hilton i Linder, Kroetz), ani zakwaszenie ustroju, ani niedotlenienie ośrodka oddechowego, jak o tem miałem możność przekonania się w swoich badaniach nad różnicą tętnicowo-żylną krwi obwodowej. Zaburzenia przemiany materji, które spotykamy w przebiegu niewydolności krążenia i które opracowaliśmy szczegółowo w naszej Klinice, (A. Fidler, I. Roguski) pozwalają szukać rozwiązania patogenezy dychawicy sercowej w zatruciu ustroju nieznanym czynnikiem o nieznanem dotąd pochodzeniu, który, działając na ośrodki nerwowe, wywołuje rozszerzenie naczyń włosowatych ze wzrostem objętości minutowej serca i przyspieszeniem tętna, działając zaś na płuca bierze udział w powstawaniu obrzęku płuc. W tej koncepcji śmierć w napadzie dychawicy sercowej jest spowodowana ostrą niewydolnością krążenia, uszkodzonego w okresie końcowym pośrednio, czy też może, bezpośrednio, czynnikiem trującym.

Streszczenie.

Opisano 6 przypadków dychawicy sercowej w przebiegu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej oraz poddano krótkiemu rozważaniu jej przebieg kliniczny, rokowanie, leczenie i patogenezę. Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Dychawicę sercową w zwężeniu i niedomykalności zastawki dwudzielnej spotyka się najczęściej u niezamężnych kobiet w trzecim i czwartym dziesiątku lat;

2) Chore te cechuje nadmierna pobudliwość ogólna oraz układu krążenia;

3 W napadzie dychawicy sercowej może dojść do objawów niewydolności i prawej komory serca;

4) We krwi wykryto w 3 przypadkach hipoglobulinemję;

5) Leczenie farmakologiczne w okresie pozanapadowym polega na podawaniu przetworów teobrominowych, bromowych, kozłkowych i niekiedy naparstnicowych, w okresie napadu zaś dobre usługi oddaje ouabaina, przetwory makowca (morfina, pantopon, kodeina) i czasem przetwory rtęciowe;

6) Naparstnica nie jest przeciwwskazana, przeciwnie podawana dłużej może utrwalić stan poprawy;

7) Dychawica sercowa powstaje prawdopodobnie skutkiem zatrucia ustroju nieznanym czynnikiem o nieznanem dotąd pochodzeniu. Zatrucie to wywołuje rozszerzenie naczyń włosowatych zwłaszcza w płucach. W okresie końcowym pojawia się porażenie układu krążenia.

Piśmiennictwo:

Amblard: Paris Méd. 1920. 22. V. — Aubertin: Soc. méd. hôp. 1928. 14. XII. — Doumer: Arch. Mal. Coeur. 1926. 791. — Eppinger, Papp i Schwartz: Ueber die Asthma cardiale. Berlin. Springer. 1924. — A. Fidler: Pol. Arch. Med. Wewn. 10. 3. 1932 i 12. 2, 1934. — Fraser, Harris, Hilton i Linder: Quart. J. Med. 1928, 10. — Gallavardin: Arch. Mal. Coeur. 1921. 262. — Hess: W. Kl. W. 1930, 30, 1930, 161 i 1933, 7. — Kroetz: D. Arch. Kl. Med. 1930, 169 i Kl. W. 1930 Nr. 21 i 51. — Magniel: wg. Doumera. — Michitch: wg.

Doumera. — W. Orłowski: Patologja i Terapja Szczegółowa Chorób Wewnętrznych, Warszawa. 1933. — Ribierre: wg. Doumera. — Roguski: Pol. Arch. Med. Wewn. 12, 2. 1934. — Schellong: Kl. W. 1933, 1 i 11. — Saloz i Frommel: Arch. Mal. Coeur. 1923, 570. — Sentis: wg. Doumera. — Thums: Kl. W. 1933, 42. — Vaquez i Denzelot: Pr. Méd. 1926. 23. X.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Michał KUCZAROW. Wilno.

W sprawie mechanizmu obniżania ciśnienia przez jad kobry.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. K. Pelczar.

W sprawie mechanizmu obniżania ciśnienia przez jad kobry znajdujemy w literaturze czasów ostatnich zaledwo parę prac. Wspomnę tu jedynie o zbiorowej pracy Laignel Lavastine, L. Wurmser i M. N. T. Korresios (1), gdzie autorzy poruszyli kwestję mechanizmu hipotensyjnego działania jadu kobry, nad którą pracowałem od paru lat (Praca niniejsza stanowi część badań nad jadem kobry prowadzonych przez K. Pelczara, T. Hofbauera i M. Kuczarowa. Należą tu również badania K. Pelczara i M. Kuczarowa nad produktem, powstałym przy zadziałaniu jadem kobry na kefalinę, t. zw. lizokefaliną, która sama wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, a również hamuje hipertensyjne działanie adrenaliny). Doświadczenia moje szły w nieco innym kierunku, niż Laignel Lavastine'a i współpracowników. Przedewszystkiem mając na uwadze działanie hemolizujące jadu kobry, a stąd możność wywoływania efektów w ciśnieniu krwi, niezależnych od działania jadu samego przerobiłem szereg doświadczeń z impregnacją krwinek czerwonych jadem podług metody dla innych zresztą ciał, opracowanej przez Giedroycia, a dokładnie opisanej w mojej pracy nad zdolnością resorbcyjną adrenaliny przez krwinki czerwone w zależności od heparyny (2). Stężenie jadu kobry brałem 10 i 20 krotnie mniejsze, niż wyżej wspomniani autorzy.

Metodyka moich doświadczeń przedstawia się następująco:

Krwinki królika wagi ca. 3000 g w zawiesinie 25 — 50% impregnowano 0,1 — 0,2 cm³ 1/1000 roztworu jadu kobry bez dodatku lecytyny przez 1 h w cieplarce lub 24 h w lodowni. Następnie hemolizowałem je przez dodanie wody destylowanej.

Adrenalinę używałem w rozcieńczeniu 1/1000 — 1/2000 w ilości 1 cm³.

Jad kobry podawano bezpośrednio do krwiobiegu w takiej samej ilości i w tem samem stężeniu, w jakiem naładowywano go do krwinek. Dotyczyło to również adrenaliny wstrzykiwanej dożylnie królikowi.

Wyniki poszczególnych doświadczeń przedstawiają się następująco:

Serja 1. Krwinki (autolog.) naładowane jak wyżej jadem kobry po zhemolizowaniu i podaniu dożylnem królikowi wywołują wzrost ciśnienia krwi ca. o 20 mm (maximum) ponad poziom normalnego ciśnienia krwi (Same hemolizaty krwinek żadnych efektów w ciśnieniu krwi nie dają). Charakterystycznym jest przebieg krzywej ciśnienia. W pierwszej minucie po injekcji ciśnienie wzrasta o 5—6 mm, następnie spada do normy, bądź pozostaje na tym samym poziomie w ciągu kilku minut, a dopiero w 5—6 minucie gwałtownie osiąga swe maximum.

Serja 2. Krwinki poddawano kolejno działaniu jadu kobry i adrenaliny i odwrotnie. Odrazu po injekcji następował spadek ciśnienia krwi o 7—8 mm, który się wyrównywał w tej samej lub następnej minucie. W 5—6 min. po injekcji następowała powtórna zwyżka ciśnienia o *ca* 20 mm ponad poziom. Krwinki tylko adrenalinowane wywoływały po podaniu hemolizatu dożylnie zwyżkę ciśnienia w pierwszej minucie o kilka milimetrów, później stopniowy spadek do poziomu i dopiero w 4—5 minucie następowała powtórna zwyżka ciśnienia o *ca* 20 mm ponad normę.

Serja 3. Jad kobry podawany dożylnie królikowi już w ilości 0,1 rozc. 1/5000 wywołuje spadek ciśnienia krwi o m. w. 15 — 30 mm.

Jad zmieszany z adrenaliną: 0,1—0,2 jadu 1/1000 i adrenaliny 1 cm³ 1/1000 powodują:

1) o ile zmieszamy bezpośrednio przed injekcją — wzrost ciśnienia o 20 — 35 mm, występujący w pierwszej minucie po injekcji.

2) ogrzewany w cieplarce przez 12 h. w temperaturze 30° — wzrost ciśnienia o 10—13 mm nad poziom.

Jad podany w ilości 0,2 cm³ 1/1000 a po nim w 10—15 minut podana adrenalina wykazywała wzrost ciśnienia o 10 mm ponad normę. Adrenalina podana w tejże ilości bez uprzedniego podania jadu wykazywała wzrost ciśnienia o 45—50 mm.

Reasumując wyniki poszczególnych doświadczeń przychodzę do następujących wniosków:

1. Jad kobry podany do krwiobiegu wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, wyraźne nawet w bardzo małych dawkach. Biorąc pod uwagę zdolności hemolityczne jadu, a stąd zaistnienie możliwości przypisania owego działania hipotonicznego produktom powstałym przy procesie hemolizy, bo, jak to z doświadczeń K. Pelczara i M. Kuczarowa wynika, kefalina, pod wpływem jadu kobry (lizokefalina) wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, wstrzyknięta zaś przed adrenaliną wyraźnie obniża jej ciśnienie maksymalne, natomiast lecytyna (lizolecytyna) wywołuje podniesienie ciśnienia krwi) wykonałem szereg doświadczeń z impregnacją jadem — krwinek, co jednak powyższą możliwość zupełnie wykluczyło, bowiem jad naładowany w krwinki działa w zupełnie przeciwny sposób, mianowicie podnosi ciśnienie krwi.

2. Adrenalina podana po jadzie kobry do krwiobiegu oraz krwinki naładowane adrenaliną i jadem oraz *vice versa* wykazują zawsze zahamowanie działania adrenaliny w sensie znacznego zmniejsza *maximum* jej działania hipertensyjnego.

3. Chrakterystycznem jest, że krwinki naładowane jadem kobry oraz krwinki naładowane adrenaliną wywołują zmiany w ciśnieniu bardzo podobne. Krzywe ciśnień w obu przypadkach przedstawiają się niemal identycznie: w pierwszej minucie po injekcji nieznaczny wzrost ciśnienia, następnie ciśnienie albo utrzymuje się na danym poziomie albo spada do normy i dopiero w 4—6 minucie następuje powtórny i maksymalny wzrost ciśnienia. To kazałoby przypuszczać, że adrenalina i jad kobry lub produkty powstałe pod jego wpływem w ustroju mają co do ciśnienia krwi, jakiś wspólny punkt zadziałania.

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę wyniki autorów wspomnianych na początku, którzy stwierdzili, że po wyłączeniu działania układu parasympatycznego przez obustronną wagotomię lub porażenie go atropiną, hipotensyjne działanie jadu kobry nie ustaje, to powstaje przypuszczenie, że jad kobry działa na układ sympatyczny i to w tym sensie, że podany dożylnie powoduje częściowe porażenie jego wyrażające się w zahamowaniu działania adrenaliny, podany zaś, jak to stwierdziliśmy w krwinkach — podrażnienie, wyrażające się w podniesieniu ciśnienia krwi. Możliwe, że chodzi tu o różne produkty powstałe pod wpływem jadu kobry w krwinkach, lub osoczu. W ten sposób jad kobry w minimalnych dawkach za pośrednictwem krwinek czerwonych podrażniałby układ sympatyczny, w większych (wprowadzony bezpośrednio) porażałby go. Miejscem zadziałania jadu lub jego produktów jak i adrenaliny byłyby elementy naczyń obwodowych.

Piśmiennictwo:

1. Bulletins et mem. de la Soc. médic. des hôpitaux de Paris. 1934. T. 50. — 2) Klin. Wochschr. 1934. Nr. 20. — 3) Wpływ niektórych fosfatydów i ich produktów na ciśnienie krwi (praca nieogłoszona).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisław BRÜCKNER, sekund. szpit. Bielsko na Śląsku.

Zator powietrzny przy kryminalnem spędzeniu płodu.

Szpital Powszechny Miejski w Bielsku na Śląsku.
Dyrektor: radca sanitar. Dr. Leopold Reinprecht.

Analiza i ocena zejść śmiertelnych ciężarnych wskutek przerwania ciąży ma zawsze wielkie znaczenie teoretyczne i praktyczne. Teoretyczne, gdyż zmusza nas do przykrych i niestety prawdziwych refleksyj o metodach przerwania ciąży z których, jak dzisiaj wiemy, żadna nie jest pozbawioną pewnych niebezpieczeństw, praktycznie zaś, gdyż ocena sądowa tych przypadków dla lekarza-praktyka jest nieraz bardzo ciężką, zważywszy zwłaszcza, że wszelkie dyskusje wynikłe z orzeczenia prowadzi się nie z powołanymi, którym logiczny tok rozumowania i dedukcji biegłego nie zawsze trafia do przekonania, powtóre, że zawsze te metody przerywania ciąży, które nieraz według opinji autorów poważnych mają się odznaczać szczególną łatwością techniki, brakiem występowania komplikacyj, szczególnie zaś śmierci nagłej, które wreszcie mają użyczać 100% pożądanego efektu, skwapliwie stosowane są przez osoby trudniące się zawodowo przerywaniem

ciąży w celach występnych. Sposobów przerywania ciąży jest wiele. Prof. Rosner mawiał: „Co kraj, to obyczaj — tu sztyfciki, tam cewniki". Każda dzielnica, każda okolica ma swoje. Kilka słów o metodach. Guggisberg zalicza w podręczniku swoim do mechanicznych metod przerywania ciąży: tamponadę pochwową, płókanie pochwy, *kolpeurysis*, endocerwikalną dilatację i manipulacje wśródmaciczne, — tutaj zaś: przebicie pęcherza według Hamiltona, *bougie* Krausego, *metreurysis*. Z tych zabiegów wśródmacicznych najczęściej w kryminalistyce używane są: przebicie pęcherza i izolacja błon płodowych (met. Schee-lego), a więc wstrzykiwanie płynu między ścianę macicy a jaje, co jest silnym bodźcem na mięsień macicy. Płyny używane są różne: Cohen zaleca wodę smołową, napar ze sporyszu, Frank-Pelzer glicerynę, Oehlschlager jodynę, dalej rzadziej dzisiaj używane roztwory mydła i wreszcie w ostatnich czasach wprowadzone zagranicą różnego rodzaju maści (Leunbach, Heiser), które wywołały w literaturze namiętną dyskusję, o czem poniżej. Osobiście podczas wojny widziałem u lekarzy armji Petlury stosowaną metodę Oehlschlagera, która w ich rękach dawała dobre wyniki, komplikacyj żadnych nie widziałem, procz w jednym przypadku silnego krwotoku, który zmusił do operacyjnego opróżnienia macicy. Lecz te wśródmaciczne wstrzykiwania mogą być groźne dla życia ciężarnych, choć są użyte przez lekarza, a co dopiero, gdy tę metodę zastosują spędzacze płodów. Na dowód służyć może nader instruktywny przypadek, który w streszczeniu podaję: Dnia 30 stycznia 1934 wezwał mnie telefonicznie Sąd Grodzki w Bielsku, by przeprowadzić sekcję sądową zmarłej nagle kobiety w domu akuszerki obok Bielska. W aktach śledczych, które czytałem przed sekcją, oskarżona akuszerka podaje, że denatka zgłosiła się do niej w tym samym dniu, uskarżając się na bóle rzekomo w krzyżach. Oskarżona, jak podaje, umyła sobie ręce i włożyła dwa palce do pochwy, położywszy denatkę na łóżku. Kiedy lewą ręką chciała uchwycić dno macicy, denatka poczęła się skarżyć na silny ból i pieczenie w dołku podkolanowym lewym, a gdy oskarżona zaczęła jej to miejsce nacierać, przerwawszy badanie, denatka zsiniała, utraciła przytomność i upadła po paru minutach martwa na łóżko. Oskarżona przerażona posłała po lekarza, sama zaś dalej nacierała konającą wodą z octem. Lekarz zastał już trupa. W zeznaniach swych oskarżona kategorycznie przeczy, jakoby przeprowadzała u denatki jakikolwiek zabieg. Niepytana powtarza, że nigdy ciąży nie przerywa i tem się nie trudni. Ważniejsze szczegóły ze sekcji: silne nastrzykanie naczyń oponowych, płuca nieznacznie rozdęte, mało przekrwione — serce większe od pięści denatki, prawa komora wyraźnie zapadnięta, mięsień komory lewej jędrny, prawej wiotki, flakowaty. Jamy serca próżne, tak samo naczynia duże i rozgałęzienia tętnicy płucnej. W jamie brzusznej lekkie przekrwienie, macica odpowiada 5—6 m. ks. Części rodne wycięto w całości t. zn. srom razem z pochwą, macicą i przydatkami. Na sromie i w pochwie nie znalazłem żadnych obrażeń. W sklepieniach i na części pochwowej masy maziste, ciemno-brunatne, niecuchnące. Szyjka drożna dla 10—12 Hegar, na niej brak zupełnie śladów obrażeń. Powierzchnia macicy nieuszkodzona, po otwarciu jej z przodu stwierdza się, iż pęcherz stoi, nieuszkodzony, natomiast widać rozległe odklejenie łożyska po stronie prawej i z tyłu. Poza łożyskiem dość duży krwiak. Na bieliźnie denatki znaleziono jasno-żółtawe plamy, bielizna w całości wilgotna. Przeprowadzono badania chemiczne i mikrochemiczne tych plam na bieliźnie i mas znalezionych w sklepieniach pochwy. Badania te wykazały tylko obecność krwi (według Wachholza), pozatem dały wyniki ujemne. Badania te, które przeprowadziłem wspólnie z Dr. Kołodziejem, a któremu na tem miejscu za pomoc dziękuję, były skierowane myślą wykrycia „czegoś", co zostało wstrzyknięte do macicy, o czem od początku myślałem. Niestety mylna technika sekcyjna, którą zastosowałem, podejrzewając z początku zator organiczny zemściła się trudnością w ujęciu orzeczenia.

Z czem mieliśmy do czynienia? Jakie orzeczenie wydać? Jaka *causa mortis*? Czy zachodzi wina osób drugich? Oto chaos pytań, jakie kłębią się w głowie, chaos, który dla lekarza-praktyka, niezbyt doświadczonego jeszcze w medycynie sądowej wymaga spokoju, rozwagi i jak mawiał Prof. Rosner „chłopskiego trzeźwego rozumowania", tem bardziej, że w podobnych przypadkach oskarżenie prokuratorji i wyrok trybunału oprze się tylko na orzeczeniu biegłego. Pewnie, w klinice lub też w szpitalu żaden szybko orjentujący się lekarz nie wahałby się z rozpoznaniem: zator powietrzny. Tego samego mniemania i ja byłem przy stole sekcyjnym, tę przyczynę śmierci podałem tymczasowo komisji sądowej na miejscu obdukcji. Lecz chociaż przekonany byłem o zejściu śmiertelnem wskutek zatoru powietrznego, zator ten wynikł wskutek zastosowania nieodpowiedniej techniki. Trzeba więc było orzeczenie budować na podstawie logicznego myślenia, analizy najdrobniejszych szczegółów i dedukcji, oprzeć go na nieugiętych filarach, mając na myśli tak chętną krytykę obrońców.

Pozwolę sobie przedstawić mój tok myślenia: pierwsze pytanie, które się nasuwało, było: czy znane są przypadki zejść śmiertelnych w ciąży, które odznaczają się pewną „tajemniczością"? Przypadki takie znane są w literaturze z trudności wyjaśnienia ich właściwej przyczyny. A przytem pamiętać musimy, że ciąża przez swe zmienione warunki fizjologiczne zmienia niejednokrotnie obraz choroby. Szymanowicz ogłosił dwa przypadki, z których jeden skończył się śmiercią, drugi zdołano jeszcze uratować. W obu stwierdzono obrzęk płuc. Lecz w wielu przypadkach nie znajdowano żadnych zmian przy obdukcji. W niektórych zaś Francuzi stwierdzali ostre zwyrodnienie wątroby. Zabiegi, nawet najdrobniejsze, wykonywane na ciężarnych mogą sprowadzić śmierć przez wstrząs, do czego również może przyczynić się ucisk na *ganglion solare* (według Katza, Perrin de la Touche'a — Brouardeda — Jouveleta, — Haberdy, Mc. Donalda) i Niippego, który przytacza przypadek Laubego. Tyczył on ciężarnej w 3 m. ks., którą znaleziono nieżywą z cewnikiem w pochwie. Obdukcja nie wykazała przyczyny śmierci i jej powód uznano za wstrząs. Wszelkie rękoczyny w miednicy mogą według Olbrychta łatwo dawać zatory tłuszczowe, co na obszernym materjale potwierdził Katz. W przypadkach, w których obdukcja wybitniejszych zmian anatomo-patologicznych w innych organach nie wykazała, spotyka się i przyjmuje zmiany w gruczołach dokrewnych (Olbrycht, Hornowski, Ciechomski). Katz ze swego obszernego materjału przytacza jeden przypadek, w którym przy obdukcji stwierdzono w płucach ogniska zapalne za życia niezauważone *(pneumonia ambulatoria)*. Zmiany zaś w płucach bardzo rzadko spotyka się u ciężarnych, rodzących i położnic jako przyczynę śmierci (Szymanowicz, Katz, Anderodias). W niektórych przypadkach ze stwierdzonym obrzękiem płuc przy sekcji możnaby myśleć o tem, że zabieg wykonywany na ciężarnej, jako uraz działał tak silnie, że sprowadził zaburzenie w automatyzmie serca, asystolję, a pośrednio obrzęk płuc. W moim przypadku pomimo powyższego wysuwała się na plan pierwszy myśl o zatorze powietrznym jako przyczynie śmierci. Do powstania zatorów pow. muszą być trzy warunki: a) otwarte i ziejące żyły maciczne, zwłaszcza od miejsca łożyskowego do splotu macicznego, b) obecność w jamie macicy powietrza, c) wydatna różnica ciśnień między ciśnieniem krwi układu żylnego, a ciśnieniem powietrza w otoczeniu żył otwartych (Beck-Gromadzki-Lorentowicz, Walthard, Stoeckel). Kombinację tych warunków spotykamy przy częściowem odklejeniu się łożyska, a podczas trwania skurczu macicy i przy łożysku przodującem. Sposobność do powstania tych trzech warunków dla zatorów pow. będzie wszędzie i zawsze tam, gdzie przy stojącym pęcherzu pewna ilość powietrza zostanie wciśnięta między ścianę macicy a jaje płodowe. Oddzieleniu błon płodowych towarzyszy oddzielenie się łożyska, lub jego części, co pociąga za sobą otwarcie żył łożyskowych matczynych i przestrzeni międzykosmkowych. Przez tę drogę otwartego krążenia maciczno-łożyskowego stoi znajdujące się pod ciśnieniem powietrze, między jajem a ścianą macicy, w połączeniu z krwią żylną dolnej partji ciała (Walthard). Skutkiem tego będzie zator powietrzny. Jakie teraz kliniczne objawy daje zator pow.? O. de la Camp wylicza następujące: silne bóle mięśni i stawów, nieraz bardzo dotkliwe, połączone z pieczeniem i swędzeniem skóry. Te objawy dotyczą zwłaszcza dolnych kończyn. Dalej: zawrót głowy, upośledzenie słuchu, wzroku, mowy, silna duszność wzmagająca się szybko, sinica twarzy, zapad, pewne, o ile czas na to zezwoli, zaburzenia mózgowe i śmierć. Porównując te objawy z objawami mego przypadku, stwierdza się, że ostatnie są wiernem odzwierciedleniem słów O. de la Campa. Wszak sama oskarżona tak charakterystycznie opisała ten ból lewej kończyny dolnej denatki, a sam stan określiła w śledztwie i na rozprawie głównej słowami „kobieta ta tak się dusiła, że ja myślałam, że to jest napad astmy i dlatego nacierałam(!) ją wodą z octem i gdy upadła sina, charcząca, niezrozumiale bełkocąc na łóżko, posłałam po lekarza, który jednak tylko stwierdził zgon". Czyż w tych słowach samej oskarżonej, tak typowo i charakterystycznie malujących nam grozę i szybkość obrazu śmierci, nie tkwi dla nas lekarzy już to nieugięte, twarde i tragiczne w swym realiźmie rozpoznanie kliniczne: zator powietrzny?!! Cały obraz klinicznie odpowiadał śmierci z uduszenia. Jeśli więc odpada pytanie, kto zadusił denatkę, a pozostaje tylko co — to jedna jest tylko możliwość: zator powietrzny. Punktem wyjścia tegoż zatoru była ciężarna macica, w której stwierdziłem odklejenie łożyska. Wyżej wspomniałem, że warunki do powstania zatorów pow. znajdujemy najlepsze najczęściej przy łożysku przodującem i częściowem odklejeniu się łożyska. Łożysko przodujące możemy wykluczyć w naszym przy-

padku przez obdukcję. Pozostaje więc odklejenie łożyska. Czy było ono samoistne czy też wywołane przez oskarżoną? Zdaniem mojem było sztuczne, gdyż: denatka przez cały czas aż do udania się do oskarżonej pracowała, zaś przy konsultacji u oskarżonej podała rzekomo jako prośbę o poradę, bóle w krzyżach. Tak więc denatka nie miała żadnych objawów, na mocy których możnaby przyjąć, że u niej nastąpiło odklejenie się łożyska przed przyjściem do oskarżonej. Powtóre, akuszerka egzaminowana, z 14-letnią praktyką zna, a właściwie powinna znać dobrze objawy odklejenia się łożyska i jego następstwa i nie będzie takiej ciężarnej wiele badać, lecz zaraz skieruje ją do lekarza lub do szpitala, tem bardziej nie będzie badać przez pochwę. O wiele trudniejszem było rozwiązanie zagadnienia co do sposobu użytego do przerwania ciąży, tem bardziej, że badania chemiczne i mikrochemiczne, które przeprowadziłem wspólnie z Dr. Kołodziejem, nie dały żadnego wyjaśnienia w tym kierunku. Rozpatrując ostatnią literaturę nad t. zw. poronieniami maściowemi, zrozumiałem, że właściwie obojętną jest rzeczą, co zostało wstrzyknięte. Poronienia maściowe, które z początku wywołały wielki entuzjazm w świecie lekarskim, nie długo cieszyły się dobrą opinją. Mnożące się coraz liczniej przypadki śmierci skłoniły wielu autorów do dokładnej analizy tych nagłych zejść śmiertelnych. Namiętna dyskusja podzieliła położników na dwa obozy: *pro* i *contra*. Jedni, mimo zejść śmiertelnych zalecają tę metodę, radzą jednak zarzucić sam środek (Hannes, Sellheim, Sachs, Abel, Lewin, Hirsch), inni zaś ostro występują przeciw (Engelmann, Otto, Brack, Franken). Są i tacy, co użycie tej metody poczytują za błąd sztuki lekarskiej (Müller-Hess, Halermann), również i lekarze sądowi są przeciw tej metodzie (Reuter, v. Manteufel, Strassmann). Jeżeli chodzi o przyczynę śmierci w tych przypadkach, to wielu stwierdziło zator pow. jako powód nagłej śmierci po zastosowaniu tych maści (Neller, Nieslony, Müller, Hess, Janson, v. Manteufel, Frei, v. Marenholtz). Niektórzy stwierdzali zatory tłuszczowe, kilku zaś podkreśla jako moment główny intoksykację, a mianowicie na mocy badań chemicznych i mikrochemicznych wykonanych przy obdukcji. Na podstawie analizy chemicznej samych użytych preparatów *(Interruptin, Provocol*, i. t. d.), stwierdzono, że w tych środkach znajduje się mydło (Winterfeld). Z niego po wstrzyknięciu do macicy uwalniają się alkalja, które działają żrąco na tkanki. Wiadomo z toksykologji, że roztwory mydła (Kobert, Wachholz, Gottlieb-Meyer), które choćby się w małych ilościach dostały do krwi, działają porażająco na serce. Sachs przeprowadzając skrupulatnie badania na materjale klinicznym doszedł do przekonania, że głównym momentem mechanicznym, działającym jest obecność ciała obcego i odklejenie łożyska (jaja płodowego). Potwierdzenie tego widzimy w czemś innem. Jak donosi Stein z literatury amerykańskiej, „lipjodol“ wstrzyknięty do macicy ciężarnej celem hysterografji w ilości 20—30 cm³ ma wywoływać już poronienie, nieszkodliwym zaś jest on w ilości 8—10 cm³, czyli działa tu i obecność ciała obcego i wielkość powierzchni odklejonych błon płodowych. Wynik tych badań był dla mnie ważnym, albowiem i mój przypadek zdawał się należeć do rzędu śmierci nagłych wskutek t. zw. poronień maściowych. Jakież więc wnioski możemy wysnuć z tego doświadczenia? Oto następujące: maści dają się wstrzykiwać łatwo do macicy celem przerwania ciąży, ale wywołują nieraz śmierć spowodu zatorów powietrznych. v. Marenholtz podkreśla, że właśnie maści są niebezpieczne, bo wstrzyknięte stają się płynnemi, zawierają powietrze i dają zatory powietrzne. Wracając do naszego przypadku, po tem co wyżej wspomniałem było właściwie dla mnie już do pewnego stopnia rzeczą obojętną, co oskarżona wstrzyknęła, natomiast było dla mnie ważnem, a zarazem pewnem, że oskarżona wstrzyknęła denatce „coś“ do macicy celem przerwania ciąży, wywołując przytem zator powietrzny. Prawda, że sekcja tego zatoru nie wykazała bezpośrednio. Podobnie i w jednym przypadku v. Marenholtz sekcyjnie nie wykazał zatoru, lecz w orzeczeniu przyjął zator pow. na podstawie obrazu klinicznego. Jaki jest mechanizm śmierci przy zatorze powietrznym? Oto pytanie, które chciałbym jeszcze poruszyć ze względu na niektóre dane poruszane ostatnio w literaturze. Jak wiadomo, mechanizm śmierci przy zatorze powietrznym jest różny (Hornowski, Aschoff, Pfeiffer, Larson-Nordland, Neller) — raz jest jej przyczyną anemja mózgu, innym razem uduszenie przez zatkanie tętnic płucnych, albo osłabienie nagłe serca przy wielkiej ilości dostającego się powietrza do niego (t. zw. *Luftherz* wdłg. Küstnera), wreszcie kombinacja tych przyczyn śmierci, sercowo-płucna (szybko słabnący mięsień sercowy nie jest w stanie przepchać powietrza w naczyniach płucnych). Dokładniejsze badania eksperymentalne i na modelach budziły podejrzenie, że punkt wyjścia teorji o powyższych możliwościach mechanizmu śmierci przy zatorze jest niesłuszny, gdyż pęcherzyki gazu (powietrza) nie tworzą właściwie przeszkody. Tem słuszniejszem było przypuszczenie, że przy tem główną rolę muszą odgrywać naczynia wieńcowe serca, na co zresztą już dawno zwracano uwagę przy tętniczych zatorach powietrznych przy zakładaniu odmy piersiowej. Rozumowano, że powietrze przez małe krążenie przejść może do lewej komory, a z niej do aorty i do naczyń wieńcowych, co musi pociągnąć za sobą zmiany troficzne w zwojach nerwowych serca i jego mięśniu.

Niewydolny mięsień serca nie może wówczas wycisnąć powietrza z komór. Podobnie wyjaśniał Neller swoje przypadki zakończone śmiercią. Twierdzi on mianowicie, że przejście powietrza przez małe krążenie jest możliwe i jest uwarunkowane siłą mięśnia komory prawej. W ten sposób tłumaczy on zatory mózgowe (nie zaś jako *embolia paradoxa)*. Przeciw temu tłumaczeniu wystąpił Haselhorst. Dudits wywoływał sztuczny zator u zwierząt i stwierdził spienioną krew w naczyniach wieńcowych. Egedy, Dudits i Radnai przeprowadzali badania elektrokardjograficzne przy eksperymentalnych zatorach. Stwierdzili, że ekg. odpowiadał zupełnie ekg. przy zamknięciu tętnic wieńcowych *(coronar-thrombosis)*. W jednym przypadku zejścia śmiertelnego wskutek zatoru powietrznego przy przedmuchiwaniu trąbek (Mansfeld, Dudits), stwierdzili zator powietrzny w sercu, spienioną krew w prawej i lewej komorze, w aorcie i w tętnicach wieńcowych liczne bańki powietrza, zaś po otwarciu czaszki bańki powietrza w *art. cerebri media* i w *art. basilaris*, wreszcie *fragmentatio myocardii*, jako wyraz ostrych zmian troficznych, które było ograniczone tylko do mięśni brodawkowych komory lewej, a więc tam, gdzie jest ono przy zamknięciu naczyń wieńcowych (infarkt, *angina pectoris)*. Na podstawie powyższych danych wydałem w przyp. moim następujące orzeczenie końcowe: „...w danym przypadku zaszła śmierć wskutek zatoru powietrznego wywołanego zabiegiem wewnątrz-macicznym w celu przerwania ciąży. Oskarżona zastosowała najprawdopodobniej jeden z najczęściej przez akuszerki używanych (Wachholz) sposobów, t. j. wstrzyknięcie do wnętrza macicy jakiegoś płynu, zabieg zaś taki grozi zawsze możliwością nagłej śmierci wskutek zatoru zwykłego lub powierztnego“.

Orzeczenie powyższe przyjęła bez zastrzeżeń Prokuratorja, oskarżając akuszerkę o przestępstwo z § 230 u. k., — przyjął też Trybunał Sądu Okręgowego w Cieszynie, wymierzając karę oskarżonej na rozprawie głównej odbytej dnia 17 grudnia 1934 r.

Czcigodnemu mojemu Nauczycielowi J. W. Panu Prof. Dr. L. Wachholzowi za wielce łaskawe potwierdzenie mego biegu myśli i mego rozumowania i mych wniosków wyciągniętych z faktów, za chętne użyczenie rad i cennych swych doświadczonych informacyj, wreszcie za gotowość przeprowadzenia korekty niniejszej pracy składam na tem miejscu jeszcze raz moje serdeczne podziękowanie.

Piśmiennictwo:

Wachholz: Med. Sądowa 1933. — Beck-Gromadzki-Lorentowicz: Położn. i Ginek. 1933. — Rosner: Ginekologja. 1923. Szymanowicz: Nowiny Lekarskie, rocznik 38. Z. 10 r. 1926. — Olbrycht: P. G. L. Nr. 11 — 12. 1922. — Olbrycht: D. Z. f. ges. ger. Med. 1922. — Halban-Seitz: Biologie u. Pathologie d. Weibes Band. VIII. — I Teil. — Katz: Arch. f. Gyn. 115. T. II. 1921. — Haberda: Lehrb. d. ger. Med. Bd. I. 413. — Mehring: Lehrb. d inner. Med. — Bergmann-Staehelin: Inner. Med. — Aschoff: Patholog. — Anatom. — Pfeiffer: Experim. Patholog. — Gottlieb-Meyer: Experim. Pharm. — Stoeckel: Lehrb. d. Geburts. — E. Sachs: Zbl. f. Gyn. 29. 1932. — K. Abel: Med. Klin. 20. 1931. — G. Haselhorst: Z. Geburst. 100. 16. — F. Nieslony: Zbl. f. Gyn. 30. 1932. — H. Franken: Zbl. f. Gyn. 21. 1932. — G. Haselhorst: Zbl. f. Gyn. 17. 1932. — W. Hannes: Zbl. f. Gyn. 15. 1932. — K. Neller: Z. Geburts. 99. 317. — Hirsch-Lewin: Med. Welt 12. 1931. — Wolf: Mschrft. Geburts. 88. H. 6. — K. Otto: Zbl. f. Gyn. 2. 1932. — F. Engelmann: Zbl. f. Gyn. 2. 1932. — E. Brack: Zbl. f. Gyn. 2. 1932. — E. Sachs: Zschrft. f. Geburts. u. Gyn. Bd. CII. Hft. 3. — Müller-Hess, U. W. Hallermann: Med. Welt Nr. 11. 1932. — Janson: Med. Welt Nr. 6. 1932. — E. Will: M. m. W. Nr. 20. 1932. — Ciechomski: Nowiny Lekarskie 3—6. 1925. — Jouvelet: Etude médic.-legale. These de Bordeaux 1913/14. — Anderodias: Bulletin d. la societ. d'obst. et gyn. 1921. — v. Marenholtz: Med. Welt. Nr. 47. 1931. — J. Frei: Zbl. f. Gyn. 37. 1933. — M. Larson and M. Nordland: Ann. Surg. 99. 112.

115. 1934. — O. P. Mansfeld u. A. Dudits: Zbl. f. Gyn. 36. 1934. — H. Offergeld: Zbl. f. Gyn. 18. 1933. — F. Engelmann: Med. Welt. Nr. 3. 1933. — v. Manteufel: Med. Welt Nr. 47. 1931. — F. Engelmann: D. m. W. Nr. 5. 1932.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Praktyczna. Z. 12. 1934. Łobacz St.: Postrzał i jego leczenie w praktyce. — Bross K.: Szkice z zakresu dusznicy bolesnej. — Spis rzeczy r. 1934.

Młoda Matka. Nr. 2. 1935. Glińska Z.: Spacery w zimie dzieci do lat 2. — Bielobradek: O t. zw. „nadmiernej ilości pokarmu".

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 2. 1935. Hozer J.: Przed zebraniami nowych rad lekarskich i wyborem nowych zarządów izb. — Rajgrodzki N.: Projekt reorganizacji Kasy Pogrzebowej Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. — Miłaszewski B.: W sprawie organizacji pomocy lekarskiej dla pracowników miejskich. — Miłaszewski B.: Lekarze a prawo pracy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 3. 1935. Bułajewski M.: Działanie nasercowe Nuphar luteum (Badanie chemiczne i farmakodynamiczne) (c. d.).

Wiedza Lekarska. Z. 12. 1934. Hellin D.: O nowych przypadkach jednoczesnej, prawie całkowitej odmy piersiowej bez zejścia śmiertelnego i ich znaczeniu. — Datyner H.: IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Nowiny Lekarskie. Z. 2. 1935. Kulig Z.: Drugostronne nacieki w przebiegu leczenia (jednostronną) odmą piersiową. — Lukner L.: Spostrzeżenia własne z dziedziny zakażenia ogniskowego jamy ustnej. — Michałowicz M.: 1450 przypadków ropniaków opłucnej u dzieci. — Lorych A.: Własności lecznicze kreozotu na podstawie wyników stosowania cresolanu.

Lekarz Wojskowy. Nr. 1. 1935. Czubalski Fr.: Zasady wychowania fizycznego i sportu w świetle fizjologji. — Linke St.: Epidemja odry w garnizonie poznańskim w roku 1932 w świetle współczesnych badań epidemjologicznych. — Wojnicz-Sianożęcki Z.: O pewnej analogji właściwości toksykologicznych chloropikryny i fosgenu i o toksykologji siarczku chloroetylowego. — Nelken J.: Psychopatja na wojnie. — Paluch E.: Witaminy w ogórkach kiszonych. — Krajewski Fr.: Tasiemiec karłowaty (taenia nana). — Bularski J.: Higjena marszu (c. d.).

Przegląd Dermatologiczny. Nr. 4. 1934. Pawlas T. i Reiss H.: Próby leczenia rzeżączki przetworami srebra rozpuszczonemi w glukozie. — Mienicki M.: Przypadek mnogiej zgorzeli skóry u osobnika dorosłego. — Spis autorów T. XXIX.

Lekarz Polski. Nr. 1. 1935. Janiszewski T.: Pierwsze obowiązkowe badanie lekarskie studentów przyjętych na 1 rok studjów, w 4 wyższych uczelniach akademickich warszawskich, w roku 1933—1934. Zestawienie liczbowe. — Dąbrowski K.: Podstawy psychologiczne samodręczenia (automutylacji).

Polski Przegląd Chirurgiczny. Z. 6. 1934. Jasieński J.: Nerki w przeroście sterczu. — Gilels W.: Przyczynek do wrodzonych wad nerek. — Graber A.: Mięsak limfatyczny jelita cienkiego. — Spis rzeczy tomu XIII.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 4. 1935. Higier H.: Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj. — Justman S.: Kilka słów o opukiwaniu poprzecznem klatki piersiowej. — Odrzywolski W.: Pauperyzacja lekarzy (dokończenie).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 4. 1935. Bułajewski M.: Działanie nasercowe Nuphar luteum (c. d.).

Lekarz Kolejowy. Nr. 4. 1934. Obarski Fr.: Rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie oglądania języka. — Mazurek J.: IV Kongres Międzynarodowy Ratownictwa i pierwszej pomocy w nagłych wypadkach w Kopenhadze od 11—16 czerwca 1934. — Spis rzeczy za r. 1934.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 1. 1935. Millak K.: XII Międzynarodowy Kongres Weterynaryjny w Nowym Jorku. — Trawiński A.: Sprawozdanie z dziesięcioletniej działalności naukowej Zakładu Nauki o środkach spożywczych zwierzęcego pochodzenia Akademji Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie (1924—1934). — Gajewski S.: Zagadnienie nowoczesnego znieczulania w chirurgji weterynaryjnej. — Zakrzewski A.: Rzut oka na zagadnienie niedokrwistości zakaźnej u konia.

Zdrowie Publiczne. Nr. 1. 1935. Skupieński F. X.: Grzyby rozkładające budulec. — Eljasz St.: Przyczyny wywołujące zagrzybienie budynków. — Tuszowski M.: Jakie straty ponosimy spowodu grzyba domowego. — Przewalski Z.: Jak zwalczać plagę grzybów w budynkach. — Szulc G.: Wartość mleka z punktu widzenia higjeny. — Rostafiński J.: Gospodarcze znaczenie mleka. — Ławrynowicz A.: Mleko w Polsce pod względem higjenicznym. — Kacprzak M. i Szczygieł A.: Propaganda mleka w Polsce. — Nehrebecki M.: Przedwiośnie problemu mlecznego w Łodzi. — Wasilewska Mironowicz E.: Badania sanitarno-higjeniczne (bakterjologiczne) śmietany rynkowej. — Szczawińska W.: Mleko dla niemowląt. — Stypułkowski St.: Ze Zjazdu Przeciwalkoholowego. — Odrzywolski W.: I Ogólnopolski Zjazd w sprawie regulacji urodzeń i reformy obyczajów.

OCENY.

Thérapeutique médicale. (Terapeutyka lekarska). Tom VII Vaisseaux et reins. LOEPER. Masson Cie. Paris 1934. Cena 45 fr.

Profesor terapji lekarskiej Uniw. Paryskiego Loeper przedkłada obecnie już tom VII obszernego dzieła [1]) obejmującego terapję schorzeń naczyń krwionośnych i nerek, przy współudziale wybitnych internistów częściowo uczniów i współpracowników. Całość tomu obejmuje cztery części. Pierwszą (naczynia) i czwartą (nerki) opracował sam Loeper, druga część (nad i podciśnienie) jest autorstwa Lemaira, zaś czwartą (dietetyka i fizjoterapja) opracowali Werbray, Zimmera, M. Villaret, Pasteur Vallery-Radot i J. Collet.

Pierwsza część zawiera: 1. Leczenie miażdżycy. 2. Kiłę sercowo-aortową. 3. Leczenie dławicy piersiowej *(angina pectoris)*. 4. Leczenie schorzeń żylnych.

Leczenie miażdżycy tętnic ma zapobiec wypadaniu (precypitacji) wapnia i cholesteryny.

Godne uwagi są ilustracje zmian miażdżycowych (doświadczalnych poprzednich prac Loepera) po zatruciach adrenaliną, grzybami, czerwonym pieprzem, kw. szczawiowym, kwasem mlecznym i t. d. Z leków odwapniających omawia krzemian i jodek sodu. Autor przyznaje, że krzemian sodu dziwnym trafem używany dla uwapnienia zmian gruźliczych płuc, przecież zdaje się sprzyjać giętkości naczyń i „ułatwia wydalanie wytworów wapnia jeszcze nieprecypitowanych". W płynie (2—8 g na 200 wody) niechętnie przyjmowany, lepiej nadaje się do zastrzykiwań dożylnych á 0.1 g w 1 cm³, jodek sodu po 0.50—2 g *pro die* w rozczynie 5, 10 lub 15% jest wprawdzie lekiem rozszerzającym naczynia a nawet i odwapniającym — jednakże nie można twierdzić, że jest lekiem swoistym tętnic. Zaznaczyć warto, że autor nie wypowiada się stanowczo co do jodu [2]) — tem bardziej dawka działająca u świnki morskiej 0.20—0.50 odpowiadałaby u człowieka 25 g. Do grupy tej zalicza autor i kwas fosforowy (5/200) w połączeniu z fosforanem sodu. Jako lek serolityczny (rozpuszczający cholesterynę towarzyszącą zwapnieniom) uważa autor insulinę. Atofan zwiększający wydzielanie żółci zwiększa i wydalanie cholesteryny.

W rozdziale o zarastaniu tętnic *(obliteratio)* omawia autor: cytrynian sodu, acetylcholinę i czosnek. Zaleca kombinację: *Natrii citrici* 10 g, *glycerini* 5, *Aqu.* 200. D. S. 3 łyżki deserowe *pro die*. O czosnku dziś znów modnym twierdzi autor, że obniża ciśnienie, gdyż rozszerza naczynia. Pierwiastkiem działającym jest tu dwusiarczek dwualkylu; z wyskokowego rozczynu (60% alkoholu) podaje 25 kropel *pro die*. Acetylcholina działa na drobne tętniczki — podskórnie po 0.1—0.2 g w 1 cm³; dodatek johimbiny 0.001 (jeden mg/0.1 g acetylcholiny zwiększa działanie). Do stosowania w przerwach *per os* nadaje się alfametylacetylcholina. O sympatektomji Leriche'a [3]) wyraża się autor oględnie. O zabiegu Desplas — stosowanie karbolu na obnażoną tętnicę, przyznaje, że usuwa ból. W zakończeniu wspomina o zastrzykach lipjodolu, albo lepiej silnego rozczynu jodku sodu przed amputacją dla ścisłego oznaczenia granicy niedrożnej tętnicy. Do zastrzyków zaleca czosnek w rozczynie oleistym 0.2 g.

[1]) Poprzednie tomy zawierają kolejno: Przewód pokarmowy; żywienie i leczenie farmaceutyczne; wątroba i gruczoły wkrewne; płuca i gruźlica; skóra, kiła, rak; serce i krew; obecnie naczynia i nerki; w przygotowaniu tom VIII. nerwy; tom IX. choroby zakaźne i pasorzytnicze.

[2]) Wstrzemięźliwość autora rozumiem, gdyż wartość jodków w miażdżycy oczywista wyjąwszy kiłę jest wątpliwa. Sprawozd.

[3]) W Polsce jeszcze przedtem zwrócił uwagę H. Higier w Warszawie na ten zabieg. Sprawozd.

W rozdziale drugim mowa o kile serca i tętnicy głównej. Na wstępie interesujące uwagi historyczne i patologiczne; następnie bardzo szczegółowe omówienie wartości wskazań szczegółowych: rtęci i arszeniku, stosowanych w silnie działających (*„Médicaments d'attaque"*) dawkach; uwzględnić zawsze należy, stosując zwłaszcza rtęć i jod dawność zmian, umiejscowienie ich i wiek chorych i oczywiście stan serca i wynik elektrokardjograficznego badania. Nie zapomniał autor o korzystnem działaniu siarki i kąpieli siarczanych. Na zakończenie wzory recept.

Trzeci rozdział poświęcony dławicy piersiowej *(angina pectoris):* leczenie napadu i leczenie zapobiegawcze. (W napadzie łączy 0.01 morfiny z 1/4 mg atropiny, często dodaje ouabainę). Szczegółowa terapja zapobiegawcza z omówieniem całego zastępu leków — pomiędzy niemi zaleca i *Crategus* (5 kropel 2 razy jako *Extr. fl.* lub 10 kropel nastoju) — wraz z wzorami recept, dają przegląd terapji. Mimo to traktuje ją autor nieco pobieżnie [4]). O nadciśnieniu mowa później — narazie omawia działanie azotynów zwłaszcza w połączeniu z sparteiną, dalej mowa o bedźwinianie benzylu, czosnku (ew. oleiste rozczyny) i t. d. Szczegółowo roztrząsa leczenie chirurgiczne, statystykę i różne metody poszczególnych autorów — dla przypadków rozpaczliwych opornych na leczenie farmaceutyczne [5]).

Następny dział czwarty zawiera: 1. fizjopatologję żyły, zapalne stany żył, żylaki. Pomiędzy innemi zwraca autor uwagę i na odczyny anafilaktyczne, bezskuteczność szczepionek, działanie cytrynianu sodu (4—5—6 g *pro die* doustnie), arsenobenzol (po 0.15 — zwłaszcza w stanach zakaźnych); obszernie omawia autor wartość stawiania pijawek, które zmniejszają krzepliwość krwi, jakkolwiek wessanie hirudyny jest wątpliwem, to przecież „można się spodziewać" szczęśliwych wyników. Ciężkie zakażenia *(sepsis venosa)* wymagają trypaflawiny dożylnie: 20—25—30 cg z rozczynu 1 : 100 lub błękitu gencjany 1—2 cm³ (z rozczynem 0.50—100), cyjanku rtęci dożylnie po 1 cg. *Per os:* jodek potasu 3 g lub arsenobenzol w zastrzykach — obok unieruchomienia obolałej kończyny na 25—30 dni.

Część drugą: O leczeniu nadciśnienia i podciśnienia omawia L e m a i r e, wskazując, że hiperadrenalinemja jako źródło nadciśnienia zarówno jak nadciśnienie bez hiperadrenalinemji w całym szeregu schorzeń w końcowym wpływie okazują to samo zjawisko: spazm czy skurcz naczyń. Autor przechodzi kolejno działanie acetylcholiny, azotynów, czosnku, niektórych wyciągów trzustki i t. d. Z naciskiem podkreśla ograniczoną wartość doświadczeń na zdrowem zwierzęciu z wynikami leczniczemi w schorzeniach u ludzi. Oto wzory recept:

Pochodne choliny.
Chlorek lub bromek acetylcholiny 0.20—0.50 (podsk.).
Chlorek acetylcholiny 1 ampułka 0.10 cg.
Chlorowodorek johimbiny i ampułka à 1/2—1 cg (podskórnie równocześnie).
Bromek α-metylacetcholiny 5 mg.
Bromek bromocholiny 5 mg (w tabl. 5, 6 *pro die).*
Azotyny.
Azotyn amylowy 4—5 kropel do wdychiwania.
Trójazotyna [6]) a) *sol. alcohol. 1% trinitrin, gutt. XL.*
Aqu. 300 g (3 łyżki stoł.)
b) *sol. alcohol. trinitrin.* 1%, *gutt. XXX*
Aqu. Laurocerας. 10 cm³ (podsk. po 1 cm³).
Azotyn sodu: azotyn sodu 1 g
azotyn potasu 1 g
Aqu. 300 g (3—5 łyżek stoł. *pro die).*
Czosnek.
Tinct. alii XX kropel *per os,* przez 3 dni zrzędu.
Esencja czosnku *(sol. oleosa)* ampułki po 0.02 g, 1—2 ampułek domięśniowo.
Wyciągi narządowe podciśnieniowe.
Extr. pancreatis, amp. à 20 jednost. podciśnieniowych, 1—2 amp. podskórnie.

Leczenie podciśnienia tętniczego jest treścią następnego rozdziału. Rozpatrując szczegółowo pochodzenie podciśnienia z ubytku znacznego krwi krążącej, z przyczyn zaburzeń nerwowo wkrewnych, spowodu schorzeń serca w okresie asystolji, omówiwszy dokładnie stosowane leczenie, zestawia następujące przepisy lecznicze:

Podciśnienie wskutek obfitego krwotoku.
Dożylne wlewania soli fizjologicznej (*sérum salé)* 8‰ lub surowicy Teingera w ilości 300—500 cm³.
Przetaczanie krwi w ilości 300—500 cm³.
Podciśnienie wskutek zapaści sercowo-naczyniowej lub pochodzenia nerwowo-wkrewnego.
Chlorek adrenaliny XX kropel z rozczynu 1‰ = 1 mg.
1/2 mg *per os,* 1/2 mg domięśniowo, 1/20 mg w rozczynie 50 cm³ surowicy glukozowej — dożylnie.
Efedryna. 0.02—0.05 w tabl. *per os.*
Czynnik zwężający naczynia z *Spartium scop. (Genista Scop.)* w ilości X—XXV kropel *per os* [7]).

Podciśnienie w asystoljach: Leki nasercowe, skrzepiające.

Rozdział trzeci: leczenie schorzeń nerek opracowany przez L o e p e r a obejmuje 1. upusty krwi, 2. nerka i leki moczopędne, 3. leczenie kamicy nerkowej, 4. leczenie krwiomoczu, 5. antyseptyka moczowa, 6. leczenie farmaceutyczne gruźlicy nerek i 7. opoterapję nerkową.

Po kilku zresztą interesujących historycznych szczegółach, przyczem i przepisy salernitańskiej szkoły są cytowane — omawia autor wskazania ogólnie znane. U chorych z nadciśnieniem po zbyt obfitym upuście krwi powstaje czasem zastój w naczyniach miażdżycowych wytwarzający obliterację w odległem naczyniu i rozmiękczenie mózgu. Zgadza się na upust krwi w dość biernych przekrwieniach płuc, a sprzeciwia się w przypadkach zapalenia płuc — wyjąwszy postacie obrzękowe u dorosłych i krwotoczne starców: autor przytacza T a l l o u d'a — niewątpliwie znakomitego klinicystę, który po upustach miał śmiertelność 21%, bez upustów 3.4%, a przy leczeniu skrzepów około 3.10% [8]).

W braku miesiączki zaleca okresowe upusty krwi 60—100 g, zwłaszcza z równoczesnem stosowaniem przetworów jajnikowych. Wpływ na obniżenie ciśnienia, zwłaszcza znacznego stopnia jest wątpliwy — może wyjątkowo wstrząs, emocja odgrywają tu rolę; przeciwnie upust krwi tętniczej działa wybitnie — jakkolwiek bez powodu mało kiedy się go wykonuje. „Wskazanym jest upust krwi — bądźcobądź w nadciśnieniu trwałem a przedewszystkiem w napadowem — czasami do 1 litra; zaś drogą tętniczą w ilości o wiele mniejszej". Godny uwagi jest ustęp o miejscowym upuście krwi przy stawianiu baniek ciętych, wzgl. stawianiu pijawek. Ranki po pijawkach rzadko się zakażają. Pozostawia się pijawki przez 10 minut. Odpadają same. Przedłużony odpływ krwi pochodzi z hirudyny (z gruczołów przełyku pijawki), wytwór wydzieliny utrudniającej krzepnięcie.

Ogólne upusty krwi ujmuje autor w działania na krwinki, albuminy i lepkość w wydobyciu wody z tkanek. Rozrzedzanie krwi zmniejsza lepkość — działa antytoksycznie — i wytwarza hipotensję; miejscowe upusty zmniejszają zastój narządów bezpośrednio, poprawiają w nich krążenie i działają hipotensyjnie; wykonany upust bisturem lub bańkami działa mechanicznie, pijawkami działa prawdopodobnie przeciw krzepnięciu.

Częste wykonywanie upustów jest szkodliwe.

W drugim rozdziale znajdujemy rzecz o nerce i lekach moczopędnych L o e p e r a. Omówiwszy znaczenie kłębków, wytwarzanie moczu jako wynik spraw przesączynowych, wydzielniczych i zagęszczających, sprawę progu wydzielniczego dla chlorków, glukozy i kw. moczowego, przechodzi autor do rozpatrzenia kwestji diurezy zależnej zasadniczo od czynnika zanerkowego (krwi) „biernego" i czynnika nerkowego istotnie czynnego, stąd i podział środków moczopędnych o działaniu na krew i o działaniu na nerki. Zastanawiając się nad działaniem wody na krew rozczynów izotonicznych, hipertonicznych, nad działaniem leków nasercowych, przechodzi autor do leków moczopędnych nerkowych. Teobrominę uważa autor jako lek nerkowo-naczyniowy i komórkowy. Cebulę *(Allium cepa)* jako wcale skuteczną w puchlinie brzusznej i obrzękach. (Cebuli świeżej 300 g, miodu 100 g, wina 600 g — *pro die* 50 g tego wina zawiera 15 g cebuli). W postaci nastoju *(teinture d'oignon)* również stosowana [9]).

W uwagach o przetworach rtęciowych, o ich zaletach, o nowasurolu, salyrganie i neptalu (stosowanym w przypadkach podostrych, „powierzchownych" zmian nerek) zaznacza autor, że ckliwica *(scilla)* lek sercowo-naczyniowy wydziela mocznik. Teobromina wybiórczo działa na sód zaś rtęć wydziela wapń —

[4]) Porówn. Dr. P i s e k: Angina piersiowa. Praktyka Lek. P. G. L. 1933. Arkusz 4. Również i poprzednio w Almanachu Lek. 1932. Str. 18—49.

[5]) Przed kilku laty zdałem sprawę z słynnego dzieła D a n i e l o p o l a: *Angine de poitrine* w P. G. L.

[6]) Nitrogliceryna.

[7]) U nas nieznany. Sprawozd.

[8]) Sprawy upustów krwi w zapaleniach płuc omawiałem przed laty w Pamiętniku Jubileuszowym ku czci prof. Edwarda Korczyńskiego, Kraków 1900. O wiekopomnych zasługach Dietla — nie wspomina Loeper. Sprawozd.

[9]) W ostatnich latach na nowo wprowadzona jako *„Cure d'oignon"* w Francji. Sprawozd.

jakkolwiek działanie to jest przeważające, gdyż teobromina również wydziela mocznik a ckliwica chlorek sodu.

Połączenia leków moczopędnych z przetworami wzmacniającemi ich działanie (*„autotherapie rénale“*) są we Francji bardzo rozpowszechnione: wino Charité zawiera ckliwicę, potas, jałowiec, wino Trousseau: naparstnicę, potas i ckliwicę, pigułki Lamereaux: naparstnicę, ckliwicę i *scamonium*. Dodatek wapnia do naparstnicy wzmacnia akcję serca i diurezę. Ponadto obszerne zestawienie naparów i ziół najrozmaitszych w części znanych i używanych u nas uzupełnia ten rozdział.

O wcale dobrze działającym (u nas na oddziale — obszernie wypróbowanym) nowurycie z równocześnie przed i po zastrzyku podawanym chlorku amonu — autor nie wspomina.

O kamicy nerkowej: w rozdziale trzecim autorstwa również Loepera — znajdujemy szkic klinicznej symptomatologji z ogólnemi wskazaniami leczniczemi, działaniem narkotyków i leków kojących (morfina z atropiną, antypiryną w postaci lewatyw lub czopków ew. i gardenalu po 5—10 cg dodanego do poprzednich leków). W kolce przestrzega przed podawaniem leków czyszczących, mogących wywołać nowy napad.

Omówiwszy jeszcze bezmocz, wartość radiografji, przechodzi autor do kamicy moczanowej, podaje tablice zawartości kw. moczowego, żywności, omawia dietę bezpurynową i jarską i wychwala Vichy, piperazynę, urazynę 0.25—1 g *pro die*. W niektórych przypadkach kamicy nerkowej boran sodowy (1—3 g na dobę) jako lek znakomity. Litynę zaleca w musującej postaci. *Lithii carbonici* 10 g, *Sachc. pulv.* 20 g, *acid. citr.* 30 g, *Kalu bicarbonici* 40 g, z tej mieszaniny 5 g zawiera 50 cg litra (2—3 łyż. kaw. tej mieszaniny *pro die*).

W kamicy szczawianowej — przedstawiwszy genezę szczawianów, listę produktów żywnościowych zawierających kwas szczawiowy, udział samego organizmu (i wątroby) warunki wypadania kw. szczawiowego, podkreśla autor, że zakwaszenie moczu jest podstawą leczenia zapobiegawczego: dieta małocukrowa i dieta kwaśna. Ani piperazyna ani lityna, jako alkalizujące nie są wskazane — natomiast uroformina (2—4 g), fosforany sodu 2—4 g, siarczanu magnezu (1—3 g), kwas fosforowy lub solny X—XX kropel. Nadmiar wapnia w moczu, a ubóstwo w Mg uważa autor za ważną przyczynę wypadania szczawianów.

W rozdziale czwartym znajdujemy terapię krwiomoczu. Leczenie jest skierowane przeciw zaburzeniom krążenia — jeżeli działa przyczyna mechaniczna, w przypadkach zaś zapalenia nerek, jeżeli krwiomocz jest pochodzenia zapalnego; dokładnie opisane leczenie objawów kamicy, gruźlicy nerek, przerostu stercza, o ile wchodzą w zakres medycyny wewn. Zestawiając przeciwkrwotoczne zabiegi i leki działające na naczynia, wspomina autor morfinę, morfinę z atropiną, adrenalinę i nieznany u nas striktoform (pochodzącą z *Spartium scop.*), podawaną 2—3 razy dziennie po 10—15—20 kropel; z przetworów sporyszu szczególnie zaleca kombinację: *Ergotinini* 1 cg, kwasu mlekowego 2 cg, wody 10 g, 1 cm³ zawiera 1 mg ergotyniny i 2 mg kw. mlekowego. Chwali również styptycynę w krwawieniach żylnych i u prostatyków. Z leków wzmagających krzepliwość, cytrynian sodu, podskórnie lub dożylnie (przeciwnie jak *in vitro*) w dawce 10—30 cg z rozczynu 5% również i żelatynę (*seri artefic.* 100 g, *Gelatinae* 5 g) podskórnie 5—20 cm³. Przetoczenie krwi ma uzasadnienie w bardzo ciężkich krwotokach. Poza ogólną terapją krwiomoczu dodaje autor jeszcze wskazówki leczenia przyczynowego. W nerkowych sprawach zaleca garbnik, w krwiomoczu pochodzenia sercowego jest wskazana naparstnica, w przypadkach z nadciśnienia nastój z *Viscum album* (XX—XXX kropel).

Z leków zakazanych nadmienia morfinę i uroforminę w krwiomoczu pęcherzowym, terpentynę, *balsamica* i kantarydy; antypiryna nie działa na krwawienia z nerek; u chorych z nadciśnieniem unikać teobrominy i ergotaminy, jednak obniżającej ciśnienie, a lepiej stosować sporysz całkowity. To samo stosuje się do adrenaliny w krwotokach pochodzenia z nadciśnienia.

Piąty rozdział zawiera antyseptykę moczową, poprzedzoną ogólnym poglądem na *pyelouretritis* i *pyelonephritis*, ropnie i zapalenia kołonerkowe, patogenezę, drogę zstępującą, oraz badanie moczu. Następnie omawiane są szczegółowo leki chemiczne (*balsamica*), związki aromatyczne, między innemi pyoktanina, błękit metylowy, akryflawina dożylnie, merkuchrom 30 cg dożylnie; dalej heksametyltetramina (czysta uroformina 0.50—3 g) dożylnie 0.25 w 1 cm³. Helmitol, jodaseptyna i septicemina. Z zakwaszających: fosforan sodu 8 g, kwas fosforowy 4 g, wody 200 g (łyżkami stołowemi), wreszcie szczepionki organiczne. Doustnie są nieczynne, podskórnie mają pewną wartość, jakkolwiek odczyn bywa silny; surowice w rękach niektórych autorów w dawkach 20—40 cm³ *pro die* dawały wyniki widoczne. To samo dotyczy bakterjofagów. Leczenie swoiste będzie różnem, stosownie do mikrobu. Pamiętać o ognisku pierwotnem: czyraki skóry, dezynfekcja jelita, leki czyszczące.

W szóstym rozdziale znajdujemy: leczenie gruźlicy nerkowej. Po uwagach anatomicznych, rozpoznawczych, klinicznych, leukocytozurji, bazylurji, radjoskopji — przechodzi autor do kwestyi samodzielnego wyleczenia anatomo-klinicznego zmian gruźliczych nerki, jednak zaznaczając, że gruźlica nerki jest przedewszystkiem schorzeniem chirurgicznem, w początkach zazwyczaj jednostronnem. Francuscy autorowie stwierdzili w moczu gruźliczych obecność prątków Kocha — mimo że nerki były zdrowe; Loeper sądzi jednak: gdy obecność prątków stwierdzono kilka razy, wtedy chirurg ma głos, szczególnie gdy i mocz jest zmieniony; gdy zaś mocz jest jasny, niezmieniony, a składniki morfotyczne skąpe, wtedy można próbować leczenia wewnętrznego. Oczywista że cystoskopowy wynik ma decydującą wartość. Autor cytuje statystyki nieoperowanych przypadków niewątpliwych, a które dają 10% wyleczenia istotnego, poprawy na lat kilka w 20%; zawsze jednak pozostaje groźba nawrotu zmuszająca do zabiegu. Leczenie bakteryjne, szczepionkowe i chemoterapeutyczne — omawia autor obszernie. Wyniki tu są wątpliwe. Leczenie złotem również autora nie zadawalnia i wymaga ostrożności. Porównując przypadki operowane z przypadkami leczonemi tuberkuliną i t. d. mamy 40% operowanych (do 23 lat!) na 8—10% nieoperowanych. Autor wkońcu skrupulatnie i trafnie rozważa, kiedy operować a kiedy leczyć środkami wymienionemi.

Opoterapię nerkową przedstawia autor w rozdziale siódmym.

Wnioski:

1. Nerki posiadają czynność wkrewną.
2. Wyciąg nerki działa wybiórczo na nerkę i w schorzeniach nerek — opoterapja nerkowa jest korzystna. Wytwory nerkowe są moczopędne i w niektórych zapaleniach nerek mogą działać.
3. Wyciągi odbiałczone starannie nie są toksyczne i można je stosować w zastrzykach.
4. Nerka działa również na odżywienie ogólne i na niedokrewność w schorzeniach nerek i schorzeniach ogólnych: działanie jednak słabsze od wyciągów wątroby.
5. Nie można powiedzieć, od czego zależy działanie wydzielnicze wyciągu nerkowego; substancja ta nie jest proteiną ani pochodną ksantyny.

Część czwarta: Dietetyka i fizjoterapja.

W rozdziale pierwszym przedstawia M. Debray: obok zwiększonej ilości wapnia znajdujemy w ścianach tętnic schorzałych ilości cholesterolu 1.80—2 g ‰. Jako wynik obszernych rozważań podaje autor podstawowe zasady lecznicze:

Unikać intoksykacji;
Ułatwiać dezintoksykację;
Przeszkadzać precypitacji (wypadaniu) wapnia i cholesterolu;
Wstrzymać posunięcie nadciśnienia;
Ułatwiać czynności nerek;
Oszczędzać serce, nim wystąpią objawy niedomogi.

Następuje świetnie skreślona szczegółowa dieta miażdżycowych. Ostrzega przed wyłączną dietą owocowo-jarską, która alkalizuje soki i ułatwia wypadanie wapnia: ostrzega przed możliwością inanicji, należy zawsze badać krew (mocznik, kwas moczowy, cholesteryna, cukier, wapń); zezwala na małe ilości azotu, wzbrania jaj; zaleca przeciw zaparciu raz w tygodniu 10 g siarczanu sodu, nad ranem (obniża cholesterol krwi i ułatwia wydalanie wapnia). Mleka skąpo.

Leczenie terenowe Oertla działa niedobrze.

Kąpiele CO_2 stosowane oględnie działają kojąco i moczopędnie.

Leczenie zdrojowe (Contrexeville) obniżyć ma stopień cholesterolu i hiperazotemję.

W końcowych wnioskach znajdujemy doskonale zestawione przepisy lecznicze — obok głębokich myśli doświadczonego lekarza.

W drugim rozdziale znajdujemy: Elektroradjologję w schorzeniach sercowo-naczyniowych (Prof. Zimmera).

W przypadkach zapaleń żył i zapaleń kołożylnych (powierzchownych) notują korzystne wyniki, stosując prąd stały (w postaci jonizacji salicylowej). Po uwagach o diatermji ogólnej i miejscowej, radjoterapji nadnercza, działaniu radu (zdrojowisko Royal, działanie hipotensyjne), omawia autor działanie emanacji radowej i podstawy teoretyczne tej terapji w nadciśnieniu, w dławicy piersiowej, (przeciwwskazania, podeszły wiek, niedomoga serca) w *arteritis obliterans* różnych postaciach. Zabiegi cieplne (i kąpiele słoneczne), zespół Raynauda omawia autor szczegółowo. Obszerne piśmiennictwo angielskie, francuskie i niemieckie uzupełnia ten rozdział.

W trzecim rozdziale przedstawia Villaret obraz terapji histomuneralnej obwodowych zaburzeń naczyniowych. Wyczerpujące dane dotyczące nadciśnienia samoistnego, dla którego zaleca: Royal lub Salinę-Mautiers, dla nadciśnienia wtórnego leczenie zdrojowo-kąpielowe modyfikujące przemianę materji: Vichy, Brides, lub: Evian, Vittel, Contrexeville. O niefrancuskich źródłach nie mówi. Następnie znajdujemy obszerny obraz najnowszych badań krążenia obwodowego w naczyniach drobnych: w tętniczkach, włośniczkach. Nerwice naczyniowe, sinice żylne obwodowe, choroby żylakowe i t. d. stanowią wskazania dla poszczególnych zdrojowisk francuskich.

Czwarty rozdział (Pasteur Vallery-Radot) zawiera wytyczne diety w zapaleniach nerek. Stwierdzając przewrót w dietetyce schorzeń nerki dzięki Widalowi omawia autor następstwa retencji chlorków, azotu i objawów nadciśnienia, zastanawia się nad terapją obrzęków i podkreśla, że pod wpływem diety bezchlorowcowej przepuszczalność nerki dla chloru raptownie się poprawia. Jako wzór diety na dobę podaje: chleba bezsolnego 200 g, mięsa 200 g, ziemniaków lub ryżu 250 g, masła 50 g, cukru 40 g, wody 1½ litra; wina 0.30 litra, kawy 0.30 litra. Ponadto jarzyn zielonych i owoców dowoli. Dawni klinicyści stwierdzali zmniejszenie się obrzęków przy stosowaniu diety mlecznej u chorych nerkowych, bezwiednie już zalecali bezsolną dietę, gdyż mleko zawiera 1.50—2 g chlorku sodu w litrze.

W przypadkach retencji azotu podawszy tablicę zawartości białka w szeregu produktów żywnościowych — podaje wzór diety hipazotowej. Mięsa 50 g, ziemniaków 200 g, ryżu 100 g, masła 50 g, ponadto uzupełnia jarzynami zielonemi, oliwą, owocami i cukrem. Dieta ta zawiera do 25 g białka, 1030 kaloryj.

U chorych z nadciśnieniem zaleca ograniczenie mięsa, a 2—3 razy w tygodniu zupełne wstrzymanie od mięsa. Ostrzega przed zbyt rygorystycznem i schematycznem postępowaniem.

Leczenie diurezy jest treścią piątego rozdziału.

Autor Cottet definjuje leczenie hydromineralne dla pobudzania wydzielania moczu przez wprowadzenie metodyczne wód kruszcowych, zastosowanych w różnych celach terapeutycznych. Omówiwszy zjawiska w moczu po wypiciu wody, warunki skuteczności lecznictwa, czynniki wydzielnicze, czynniki pozanerkowe wydzielania z moczem wody — przedstawia autor próbę diurezy „prowokowanej" ogłoszonej przed 20 laty wspólnie z Vaquezem. Choremu podaje w czasie od 6½—7 rano 600 cm³ wody Evian, badając wpływ na wydzielanie moczu w różnych okresach doby. Każdą porcję bada co do ilości, gęstości i zawartości chlorków kilka razy dziennie; chory jada 3 razy dziennie. (Próba Vollharda jest podobną do próby „diurezy sprowokowanej"). Spis schorzeń nadających się do terapji moczopędnej jest bardzo długi. Obszerne uwagi końcowe dotyczą niedomogi moczowej i nerkowej, kamicy, nadciśnienia i schorzeń sercowo-nerkowych.

W całości omawiany tom VII jest wzorem szczegółowej terapji w danym zakresie, terapji stosowanej we Francji, różnej częściowo od niemieckiej, zbliżonej do naszej. Styl wszystkich działów świetny, potoczystość, wzmianki historyczne, spisy recept — czynią z książki przyjemną lekturę. Nie można z tego robić zarzutu, że autorzy uwzględniają wyłącznie balneologię krajową. I my dążymy do tego.

Pisek (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Doświadczenia nad zachowaniem się kofeiny w organizmie. A. KRUPSKI, A. KUNZ i F. ALMASY. Schweiz. med. Woch. Nr. 9. 1934.

Znaczenie kawy jako napoju powszechnie używanego było powodem do przeprowadzenia doświadczeń nad zachowaniem się w organizmie kofeiny uważanej za ciało czynne nasienia kawy. Doświadczenia przeprowadzono u koni, które dokładnie obserwowano oraz oznaczano kofeinę w moczu i we krwi. W celu oznaczenia małych ilości kofeiny w płynach organizmu jeden z autorów (Kunz) opracował metodę, która później zostanie ogłoszona.

Doświadczenia wykazały, że stosunek kofeiny we krwi i w moczu przebiega zawsze równomiernie, chociaż stężenie w moczu jest kilkakrotnie wyższe od stężenia we krwi. Dlatego trzeba przyjąć, że nerka odgrywa czynną rolę w wydalaniu kofeiny. Przez nerki wydziela się od 7—16% kofeiny podanej czyto w czystej substancji czyto w postaci kawy. Przy większych dawkach wydzielanie trwa do 7 dni, przy mniejszych odpowiadających jednej filiżance średnio mocnej kawy u ludzi, wydzielanie trwało do 4 dni. Okazuje się więc, że często wyrażane przypuszczenie, że kofeina w ciągu kilku godzin rozkłada się w organizmie lub wydziela się, nie znajduje doświadczalnego potwierdzenia, przynajmniej napewno nie dzieje się tak u konia. Podobnie zachowuje się kofeina u świnek morskich. Odpowiednie doświadczenia przeprowadza się również u ludzi. Z klinicznych objawów obserwowano u koni stany podniecenia utrzymujące się przez 2 dni, po większych dawkach zdarzały się często biegunki. Młode osobniki okazały się wrażliwsze na kofeinę niż starsze. Dalsze badania wykażą, czy i w jakich ilościach kofeina przechodzi do jelit i w jaki sposób odbywa się rozkład w organizmie reszty niewydalonej kofeiny.

Skowroński (Lwów).

Zmiany w stosunku estrów cholesterolu do wolnego cholesterolu. G. LAROCHE, A. GRIGAUT i CESTES. Pres. Med. Nr. 73. 1934.

Autorowie oznaczali cholesterol we krwi w kilkudziesięciu przypadkach. Oznaczali kolorymetrycznie cały cholesterol, a osobno estry tą samą metodą po uprzedniem strąceniu wolnego cholesterolu przez digitoninę. Normalnie w surowicy jest cholesterolu 1,6 g/litr, z czego 60% jest estrów. W żółtaczkach stwierdza się spadek tego odsetka do 30%, a w cięższych stanach może być zupełny brak estrów cholesterolu. W innych schorzeniach np. we wrzodzie żołądka, w cukrzycy, w chorobie Basedowa, w chorobach zakaźnych stosunek ten był prawidłowy, ponieważ wahał się od 50—70%, czasem stwierdzali nieznaczny spadek estrów, ale tłumaczyć to można zaburzeniem w przemianie lipoidów, zazwyczaj bowiem wtedy była hipercholesterolemja. W 2 przyp. nerczycy lipoidowej i w 1 przyp. choroby Addisona stosunek okazał się prawidłowy. W marskości wątroby przeważnie nie zmieniał się stosunek estrów do wolnego cholesterolu, tylko przy powikłaniach żółtaczkowych zachowywał się jak w żółtaczce. U rodziny cierpiącej na wrodzone *xanthoma* w przypadku uogólnionych zmian na skórze było mało estrów, poprawił się ten stosunek po naświetlaniu wątroby, ilość ogólna cholesterolu dochodziła w przyp. *xanthoma* do 0,8%. Autorowie przypuszczają, że zmniejszenie się estrów jest dowodem niewydolności wątroby, przyjmują, że tam odbywa się estryfikacja cholesterolu i chcą tę próbę (badanie stosunku estrów do wolnego cholesterolu) uważać za próbę czynnościową wątroby.

Skowroński (Lwów).

Dawcy krwi i wpływ upustu krwi na dawców. I. IRGER i R. DOBRUSKINA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 18. 1934.

Białoruski Instytut przetaczania krwi ma do dyspozycji 272 dawców, przyczem większość (101) znajduje się w wieku 18—20 lat. Wiek ten aa. uważają za najbardziej odpowiedni, gdyż dawcy doskonale odnawiają utraconą krew i żadnych powikłań nie zaobserwowano. W kilku przypadkach wykonano z dobrym wynikiem przetaczanie krwi konserwowanej, pobranej od chorych z mocznicą. Są dawcy, u których pobierano krew do 36 razy bez żadnego uszczerbku dla zdrowia. Ogółem wykonano 423 przetaczań, pobrano 180.5 l krwi.

Zaobserwowano, że pobranie krwi naczczo wywołuje znaczniejszy spadek ciśnienia u dawcy, dlatego wskazane jest dobrze zjeść przed pobraniem krwi, a po przetaczaniu wypić słodką herbatę. Po znaczniejszych upustach następuje spadek hemoglobiny o 5—15%, ciałek czerwonych do 1 miljn. Krew odnawia się w ciągu 2—4 tygodni. Na opadanie ciałek czerwonych pobranie krwi pozostaje bez wpływu.

Paradoksalną jest obserwacja, że mężczyźni szybciej odnawiają krew po upustach aniżeli kobiety. Spostrzeżenie to potwierdzają obserwacje kliniki Mayo.

M. Segal (Lwów).

Hipertyreozy i zaburzenia w krążeniu. A. BERLAND. Klin. Med. Nr. 6. 1934.

Uwzględniając ważność i wartość badania zmian zachodzących w poszczególnych narządach układu krążenia pod wpływem hipertyreozy — autor starał się zbadać całokształt tych zmian w ich wzajemnej zależności, twierdząc, że obecnie nie możemy mówić o sercu tyreotoksycznem lecz o tyreotoksycznym układzie hemo-dynamicznym, ponieważ proces krążenia znajduje się pod wpływem różnych czynników jak to: ciśnienia krwi, układu wegetatywnego, czynnych elektrolitów, uwzględniając pozatem znaczenie naczyń włosowatych, w których następuje wymiana płynów i elektrolitów. — A. w swoich doświadczeniach uwzględniał wszystkie te czynniki.

Badania przeprowadzono u 20 pacjentów z hipertyreozą, a dla porównania u 15 osób zupełnie zdrowych po wstrzyknięciu 1 cm^3 tyreoidyny. A. dochodzi do wniosku, że zmiany zachodzące w układzie krążenia zależne są wyłącznie od tyreoidyny, a miejscem zadziałania jest układ nerwowy ośrodkowy i układ wegetatywny, gdyż inaczej nie można sobie wyobrazić szybkości, z jaką występuje skutek działania tyreoidyny.

W następstwie tych zaburzeń w krążeniu może przyjść do zmian mięśnia sercowego z następową dekompensacją.

M. Segal (Lwów).

O równowadze kwasowo-zasadowej u chorych rakowych. K. GEORGIEWSKIJ. Centr. Med. Żurn. T. XIV. Nr. 2. 1934.

U chorych rakowych stwierdza się odchylenie w stronę alkalozy; przeciętnie pH wynosi 7,41 (prawidłowe = 7.36). Według innych autorów alkaloza stwarza korzystne warunki dla rozwoju raka, podczas gdy zakwaszenie ustroju hamuje rozwój raka. Ta okoliczność ma znaczenie dla rozpoznania różniczkowego, zapobiegania i leczenia raka. U chorych rakowych należy zwalczać alkalozę i dążyć do obniżenia pH we krwi, szczególnie po operacyjnem usunięciu guza jako środka pomocniczego przy rentgenoterapji. Największe znaczenie ma przytem stosowanie odpowiedniej diety: pokarmy białkowe i tłuszczowe przyczyniają się do przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej w stronę kwasoty. Usiłowano wywołać zakwaszenie zapomocą wdechania powietrza z domieszką kwasu węglowego względnie mieszaniny tlenu z kwasem węglowym, jednak metoda ta nie znalazła dotychczas praktycznego zastosowania. *M. Segal* (Lwów).

Sporządzanie preparatów histologicznych ze szpiku kostnego materjałem otrzymanym przez nakłucie szpiku kostnego metodą Arinkina. R. AMPRINO i F. PENATI. Min. Med. Nr. 40. 1934.

Autorzy po nakłuciu mostka metodą Arinkina, rozcierają materjał wydobyty (2—3 cm^3) na szkiełku, celem badania morfologicznego — tudzież robią preparaty histologiczne, barwione bądźto hematoksyliną - eozyną, bądźto barwikiem May - Grünwald - Giemsa'y. W ten sposób prostą metodą można otrzymać ładne preparaty ze szpiku kostnego. *Mester* (Kraków).

Poziom cukru we krwi a czynność żołądka. S. OKADA, S. AOYAMA i A. SUGITA. (Japonja). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 127. str. 89 — 95.

Na podstawie rozległych badań nad mechanizmem działania przewodu pokarmowego podaje autor nową teorję, która przedstawia się następująco:

1) Mechanizm wydzielania gruczołów przewodu pokarmowego:

wydziel. śliny. nerwowy < nerwowy — odruch niewarunkowy / psychonerw. — odruch warunkowy

wydziel. żołądka, „ trzustki, „ żółci: nerwowy < psychonerw. / nerwowy; humonerwowy; humoralny

2) Mechanizm ruchu przewodu pokarmowego:

nerwowy < psychonerw. / nerwowy
humonerwowy
humoralny

3) Mechanizm czuciowy (głód i uczucie sytości):

nerwowy < psychonerw. / nerwowy
humonerwowy.

Humonerwowy mechanizm wykrył autor. Służy on do regulowania czynności organizmu, np. jeżeli w następstwie spożycia dużej ilości węglowodanów wystąpi hiperglikemja, zmniejsza się wydzielanie i czynność motoryczna przewodu pokarmowego, osobnik czuje się sytym. W okresie hipoglikemji zaczyna się znowu wydzielanie żołądka i uczucie głodu. Praca dyskusyjna z Kalk'iem i Mayer'em, którzy zaprzeczają istnieniu humonerwowej regulacji wydzielania żołądka. *H. Długosz* (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

Odczulenie czy czasowa ochrona u królików uczulonych? PASTEUR VALLERY - RADOT, G. MAURIC i A. HUGO. Pres. Méd. Nr. 54. 1934.

Autorowie przeprowadzali doświadczenia nad anafilaksją i odczuleniem u królików, wstrzykując im w różnym czasie, różnemi drogami, różne ilości surowicy końskiej. W celu uczulenia okazała się najlepsza droga podskórna, a celem wywołania wstrząsu anafilaktycznego droga dożylna. Stan anafilaktyczny występuje najprędzej 7 dnia i zastrzyki wykonywane przed wystąpieniem stanu anafilaksji nie przeszkadzają wywołaniu wstrząsu anafilaktycznego w odpowiednim czasie. U królików, które przeszły wstrząs anafilaktyczny, można wywołać powtórnie wstrząs nie prędzej jak w 48 godzin po pierwszym wstrząsie. Zwierzęta więc nie są odczulone, tylko są czasowo chronione w ciągu 48 godzin. W dalszych doświadczeniach wstrzykiwali celem wywołania pierwszego wstrząsu zamiast 2 cm^3 — dawki mniejsze i przekonali się, że po bardzo małych dawkach, niewywołujących objawów wstrząsu występuje czasowa ochrona przed wstrząsem powtórnym, i to zależnie od dawki surowicy trwa ona od kilkudziesięciu minut do 48 godzin. Następnie przekonali się, że nie można trwale odczulić królików, które uczulono na surowicę i u których po 21 dniach (jak w poprzednich doświadczeniach) wstrzykiwano codziennie podskórnie surowicę przez 1 do 38 dni. W 48 godzin po zaprzestaniu zastrzyków można było u takich zwierząt wywołać wstrząs anafilaktyczny przez dożylny zastrzyk, co dowodzi, że była to tylko czasowa ochrona a nie trwałe odczulenie.

Skowroński (Lwów).

Odczyn wiązania dopełniacza w rzeżączce. Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA i B. RASZKES. Przegl. Dermat. Nr. 1. 1934.

Gonoreakcja jest odczynem swoistym w rzeżączce. Dodatni odczyn występuje nieraz już bardzo wcześnie a osiąga swoje maksymum zazwyczaj dopiero po 3 tygodniach choroby. Odczyn dodatni przechodzi w ujemny zazwyczaj po kilku miesiącach, mimo że sprawa chorobowa już dawno mogła ustąpić, taksamo zresztą przejście odczynu dodatniego w ujemny nie stanowi żadnego dowodu wyleczenia. Leczenie szczepionkami swoistemi wpływa na powstawanie i utrzymywanie się odczynów dodatnich.

H. Reiss (Kraków).

O wartości odczynu biologicznego Aschheima - Zondeka. A. LEJWA i A. FRYSZBERG. Med. Dośw. Społ. 18. 362—373. 1934.

Autorzy stosują do wykazania prolanu w badanym moczu modyfikację Friedmanna i Brouhy, nieco przez siebie zmienioną. Jako zwierzęta doświadczalne służą samice królicze wagi 1400—1500 g. Zastrzykiwali po 10 cm^3 rannego moczu 2 zwierzętom, z których jedno badano nazajutrz, drugie po 48 godz. Razem wykonali 402 badania, z których 3 wyniki były niezgodne z ustalonym następnie stanem klinicznym. Błąd przy metodyce autorów wynosi zatem 0,74%, gdy przy stosowaniu oryginalnej metody Aschheima-Zondeka 2 do 3%. Na podstawie kilku swoich wypadków stwierdzają, że ciąża da się wykazać na 16—17 dzień *post coitum*. W razie ujemnego wyniku w tak wczesnym okresie należy badanie powtórzyć. Przy ciąży pozamacicznej mają znaczenie diagnostyczne tylko wyniki dodatnie. Ujemne nie wykluczają ciąży pozamacicznej. Ciąża obumarła może dać wyniki zarówno dodatnie jak i ujemne, np. w 6 wypadkach autorów 3 dały odczyn dodatni, a 3 ujemny. Trzeba się zatem liczyć z możliwościami komplikacyj diagnostycznych w razie równoczesnej obecności ciąży obumarłej i np. włókniaka.

J. Heller (Lwów).

Higjena, medycyna społeczna.

Organizacja dawców krwi przy Kijowskiej Filji Instytutu Hematologji. J. N. KORCHOW. Centr. Med. Żurn. T. XIV. Nr. 1. 1934.

Jako dawcy krwi przyjmowani są tylko członkowie organizacyj partyjnych, przeważnie studenci. Raz w miesiącu dawcy podlegają badaniu przez specjalną komisję lekarską, składającą się z chirurga, internisty, neuropatologa, syfilidologa i okulisty. U każdego dawcy zostaje wykonana kliniczna analiza krwi, moczu, odczyn W. R., badanie rentgenowskie i t. d. Krew do przetaczania zostaje pobrana najwyżej raz w miesiącu w ilości 500—600 cm^3. Przeciwwskazania do zaliczenia w poczet dawców krwi: kiła, gruźlica płuc i innych narządów, choroby zakaźne (reumatyzm i inne), choroby wątroby, śledziony, nerek, narządów płciowych i padaczka. Dawca otrzymuje za każde przetaczanie krwi 130 rubli. *M. Segal* (Lwów).

Wole endemiczne w Polsce. W. CHODŹKO i ST. TUBIASZ. Medyc. Dośw. Społ. 18. 410—433. 1934.

Na wstępie autorowie dają krótki przegląd występowania wola endemicznego w Europie. Następnie omawiają przypuszczalną etjologję tego schorzenia i stosowaną masowo terapję jodową. Przechodząc do sprawy wola w Polsce, podają dotychczasowe dane z piśmiennictwa lekarskiego i analizują szczegółowo dwa szeregi danych: Wyniki badania rekrutów roczników 1909 i 1910 (pobór z r. 1930 i 1931) oraz badania dzieci szkolnych przepro-

wadzone w r. 1932 i 1933 (kontynuowane w dalszym ciągu) z inicjatywy P. Szk. Higjeny.

Z badań tych wynika, że wspomniane roczniki wykazują 2.97 i 2.98% wola. Najsilniej dotknięte są podgórskie powiaty województwa krakowskiego i powiat województwa lwowskiego — Lesko. Województwo krakowskie wykazuje około 16% wola wśród poborowych, przyczem poszczególne powiaty dochodzą do 30%. Obszar ten rozciąga się i na Śląsk, osiągając w tem województwie ponad 6% rekrutów, dotkniętych wolem. Dalsze skupienia występowania wola mamy na Wołyniu i Pomorzu.

Podobne rozmieszczenie wykazuje rozmieszczenie wola endemicznego wśród badanych dzieci szkolnych. Odsetek jest tu znacznie wyższy, niż u poborowych, dziewczęta wykazują częściej to schorzenie, niż chłopcy.

Ogólnie oceniają autorzy ilość chorych na wole w Polsce na prawie miljon, a więc dwukrotnie więcej niż przypuszczalna liczba dotkniętych jaglicą. Min. Op. Społ. zarządziło jodowanie soli dla woj. krakowskiego, a Komitet dla spraw walki z wolem postanowił wydawać dzieciom szkolnym jodowane czekoladki lub cukierki. *J. Heller* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XXV. posiedzenia naukowego odbytego dn. 16. września 1934 r.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Rencki przedstawia przypadek, dotyczący mężczyzny 36-letniego, który zgłosił się do Kliniki ze skargami na bóle po lewej stronie klatki piersiowej. Badanie kliniczne wykazało stłumienie wypuku od grzebienia łopatki ku dołowi, szmery oddechowe osłabione. Badanie rentgenologiczne wykazało cień owalny, wielkości głowy dziecka, leżący w zatoce żebrowo-kręgosłupowej i małą ilość płynu w jamie opłucnowej lewej. Punkcja guza elementów komórkowych nie wykazała. Na podstawie rozważań różniczkowych uważać należy guz za nerwiaka intratorakalnego, wychodzącego z nerwu współczulnego. Prelegent omawia klinikę nerwiaków oraz rozpoznanie różniczkowe.

W dyskusji: Kol. Nowicki podnosi, że nerwiaki stwierdzane w klatce piersiowej spostrzega się znacznie częściej klinicznie, aniżeli sekcyjnie, dotyczy to nerwiaków samotnych. Mogą one wychodzić z opłucnej, względnie rozwijać się pod nią, z grasicy i ze splotów nerwowych współczulnych, lub ich zwojów, a wtedy usadawiają się, jak w przypadku przedstawionym, w zatoce między kręgosłupem a żebrami. Tłuszczaki, które mogą tworzyć podobne guzy, usadawiają się bardziej z boku w przedniej części ściany klatki piersiowej. Nie są to t. zw. włókniako-nerwiaki, lecz *neurinoma*, mogące składać się także z komórek zwojowych. Guzy te zwykle dobrze są odgraniczone względem otoczenia, jedynie mogą być z niem pozrastane. Mówca zapytuje się, czy klinicznie były jakie objawy ze strony odpowiedniego układu nerwowego.

Kol. Ostrowski T. zaznacza, że przypadek przedstawiony przez prelegenta przypomina przypadek *ganglioneuroma* operowany przez Sauerbrucha, w którym podczas zabiegu operacyjnego okazało się, że guz otaczał tętnicę główną, toteż usunięto go tylko częściowo. W przypadku tym doszło do groźnego powikłania pod postacią zgorzeli całego lewego płuca; powikłanie to należy odnieść zdaniem Sauerbrucha do zakrzepicy naczyń powstałej wskutek oddzielania rozległych zrostów guza z otoczeniem. Wynik ostateczny był pomyślny. Co do sposobu postępowania w przypadku przedstawionym przez prelegenta wypowiada się mówca za leczeniem operacyjnem, gdyż guz, jakkolwiek dobrotliwy, rosnąc i uciskając sąsiednie narządy, może w nich wywołać zaburzenia czynnościowe.

2. H. Mosing, gość wygłosił wykład p. t. *Rickettsiaemia Weigli.* (P. G. L. Nr. 1. 1935).

W dyskusji: kol. Żurowski podnosi, że pierwszy przypadek przedstawiony przez prelegenta był w jego obserwacji. Po wykluczeniu duru osutkowego, po 3-cim napadzie gorączki doszedł do wniosku, że ma się do czynienia z jakąś infekcją drogą wszy, prawdopodobnie gorączką wołyńską i prosił kol. prelegenta, by obserwował w Instytucie Biologji, czy niema może więcej takich przypadków, na co otrzymał wtedy odpowiedź przeczącą. Kol. Mosing wyklucza obecnie gorączkę wołyńską, gdyż typ gorączki, łagodność przebiegu wszystkich przypadków przemawia przeciw gorączce wołyńskiej. Tymczasem typ gorączki nietylko nie przemawia przeciwko gorączce wołyńskiej, ale właśnie przemawia za gorączką wołyńską. Tak w jego przypadku, jak w przypadkach kol. Mosinga, cykl gorączkowy wynosi 5 dni (3 dni przerwy bezgorączkowej + 2 dni gorączki = 5 dni). W czasie wojny tylko część przypadków była typową. Goldscheider podkreśla cykliczność gorączki, która może być zatartą przez rozłożenie napadu gorączkowego na 2—3 dni, przez co przerwy międzygorączkowe mogą się skracać, a nawet zupełnie zniknąć, dając wtedy gorączkę o charakterze ciągłym, podobną do duru. Cykl gorączkowy nie musi wynosić 5 dni, lecz według obserwacji z czasów wojny 4—7 dni. Drugi punkt przemawiający według kol. Mosinga przeciw gorączce wołyńskiej, to łagodność przebiegu choroby w opisanych przypadkach. Ależ to właśnie cechuje gorączkę wołyńską, że zwykle przebiega bardzo łagodnie, po 4—6 napadach choroba ustępuje samoistnie, a w przerwach międzygorączkowych chory czuje się dobrze. Przypadki o ciężkim przebiegu są rzadkie. Przechodząc do strony bakterjolog. to jedni autorowie stwierdzali krętki, drudzy *diplobacilli* jako przyczynę gorączki wołyńskiej. Jungmann znajdował we wszach u chorych na gorączkę wołyńską Riketsje biszkoptowe *(Rickettsia quintana)*, do których podobne są te, które kol. Mosing przed chwilą opisał.

Kol. Doliński E. zwrócił uwagę na wielką odpowiedzialność, jaka ciąży na Dyrektorze Instytutu Biologji Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, który pracuje w trudnych warunkach, w nieodpowiednio położonym Zakładzie w samem centrum miasta, w gmachu starego uniwersytetu, gdzie robi doświadczenia z najrozmaitszemi szczepami Riketsji począwszy od odmian występujących w Górach Skalistych, skończywszy na odmianach japońskich. Wszyscy czujemy, że pomimo niedawnej przebudowy Zakładu istnieje przecież niebezpieczeństwo zakażenia się pracowników Zakładu i przeniesienia epidemji na ludność w mieście. Pracownicy Zakładu i członkowie ich rodzin byli uodpornieni szczepionką Prof. Weigla i może dlatego w 9-ciu przypadkach, dziś omawianych, przebieg choroby nie był typowy i przypominał raczej typ *„febris wolhynica"*. W każdym razie zauważył kol. Doliński, — należało donieść Miej. Wydziałowi Zdrowia o podejrzanych przypadkach, gdyż według ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych z r. 1919, nietylko stwierdzone przypadki duru plamistego podlegają obowiązkowi zgłoszenia, ale i podejrzenia o tę chorobę. Z uwagi na niezmiernej doniosłości naukowej badania prof. Weigla, cieszącego się światową sławą jak też i jego ofiarnych współpracowników, następnie dla zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pracownikom Zakładu i całej ludności lwowskiej, a wreszcie dla zadokumentowania uznania dla pracy prof. Weigla, czemu często dawali wyraz bawiący we Lwowie uczeni obcych narodowości — stawia kol. Doliński wniosek, ażeby Towarzystwo Lekarskie Lwowskie odniosło się do władz centralnych z prośbą o zbudowanie izolowanego i odpowiednio wyposażonego gmachu dla prowadzenia dalszych badań naukowych nad chorobami zakaźnemi, a w szczególności nad durem plamistym i jego odmianami, przy zachowaniu pełnego bezpieczeństwa, tak dla osób pracujących w Zakładzie jak i całej ludności Lwowa.

Kol. Gąsiorowski: Biologja opisanych zarazków i przebieg kliniczny przedstawionej endemji przypomina bardzo gorączkę wołyńską, a mianowicie podobnie jak *Rickettsia quintana* również i te rozmnażają się pozakomórkowo w przewodzie pokarmowym wszy; następnie surowica badanych chorych nie daje odczynu Weil-Felixa, podobnie jak przy gorączce wołyńskiej. Jedynie okresowość napadów w omówionych przypadkach jest krótszą, aniżeli przy *febris quintana*, czemu jednakże nie można przyznać decydującego znaczenia, ponieważ i przy *febris quintana* — jak spostrzeżenia dowodzą — napad często trwa krócej lub dłużej aniżeli 5 dni. Ostateczną odpowiedź na pytanie, czy opisaną epidemję wywołały *Rickettsiae quintanae*, czy też nowa odmiana zarazka, mogą dać dopiero dalsze badania. Niezwykle ciekawem jest zagadnienie, skąd pochodzi zarazek, który w Zakładzie Prof. Weigla zakaża 7 pracowników, wywołując tem samem silną endemję. Zarazek ten biologicznie i jako antygen różni się od *Rickettsia Prowazeki*, a raczej zbliża się do *Rickettsia pediculi.* Mimowoli przychodzi tu na myśl dysocjacja zarazka duru osutkowego, względnie *Rickettsiae pediculi* (uzyskanie chorobotwórczego działania). Z dat przedstawionych szczególne znaczenie z epidemjologicznego punktu widzenia posiada fakt, że epidemja ta tworzy odrębną swoistą jednostkę chorobową, która etjologicznie i przebiegiem klinicznym różni się od duru osutkowego.

Kol. Dąbrowski obserwował kilkanaście podobnych przypadków, w których bakterjologicznie i serologicznie nic nie stwierdzono. Po podaniu w przerwach między atakami adrenaliny podskórnie, do 24 godz. występowały dreszcze i w czasie tym pobrano krew, w której stwierdzono malarję, natomiast po salwarsanie ataki zupełnie się nie powtarzały, a chory wracał do zdrowia.

W odpowiedzi referent dziękuje Prof. Gąsiorowskiemu za zajęte przez niego życzliwe dla Zakładu stanowisko. Ma wrażenie, że uwaga kol. Żurowskiego, w którego leczeniu pozostawał trzeci skolei przypadek opisanej epidemji, musiała być i była też skierowaną przedewszystkiem na dur plamisty, grypę, potem zaś na malarję, lub dur powrotny. Sprawa kwintany dopiero wtedy mogła się stać aktualna, gdy we wszach znalazł, co przyznaje otwarcie ku niesłychanemu zdumieniu, Riketsję i to nie Prowazeka, lecz nową *„species"*. Nie można jednak rozpoznawać opisanego schorzenia jako *febris quintana*. *Febris quintana*, jednostka opisana w czasie wojny pod najrozmaitszemi nazwami: dur okopowy, *Trench fever, febris wolhynica, morbus His-Werneri, febris tibialgica* była zawsze konglomeratem różnych form klinicznych. Już Jungmann w swej: *„Klinik der Febris wolhynica"* odróżnia trzy formy: paroksyzmalną z typowemi co pięć dni napadami gorączkowemi, formę tyfoidalną z ciągłą krzywą gorączkową i wreszcie formę rudymentarną (*rheumatoid* — adynamiczną). Jak powiada więc Rocha-Lima: „każdą niemal krzywę gorączkową, o najrozmaitszej etjologji możnaby pod kliniczny obraz *febris quintana* podciągnąć". Nie można więc na podstawie przebiegu klinicznego rozpoznawać schorzenia o tak nietypowym przebiegu jak *quintana* i to schorzenia dziś tak niezwykłego, od szeregu lat niespotykanego. Decydującemi w rozpoznaniu mogą być tylko badania bakterjologiczne oraz laboratoryjne. Badań bakterjologicznych dawnych autorów, krętków czy dwoinek, o których wspomina kol. Żurowski jako o przyczynie *febris quintana*, dziś nikt poważnie nie bierze, — tak jak z chwilą odkrycia prątka Kocha, czy krętka bladego, pierwotne badania o innych bakterjach *„contagium animatum"* przeszły do historji. W etjologji *febris quintana* wchodzi dziś tylko *Rickettsia quintana* w grę. Mimo to jednak, że oba schorzenia klinicznie, jak to zresztą w referacie, zaliczając je do jednej grupy, zaznaczył, bardzo są do siebie zbliżone, nie wolno było rozpoznawać opisanego schorzenia jako *febris quintana*. Fakt nagłego powstania w warunkach etjologicznie innych, odmienność cech morfologicznych, biologicznych, epidemjologicznych, oraz odmienny przebieg infekcji u zwierząt laboratoryjnych nie pozwala schorzenia w sztucznych warunkach laboratoryjnych powstałego identyfikować ze schorzeniem, chociaż niedokładnie, lecz szeroko w czasie wojny badanem. Jeżeli w grupie duru plamistego odróżniamy tyle odmian różniących się stosunkowo bardzo mało, bo nawet wyniki aglutynacyjne są częstokroć równe; jeżeli odróżniamy te odmiany tylko z racji różnic epidemjologicznych i laboratoryjnych, to i w grupie Riketsjemij cyklicznych nie wolno nam rzeczy upraszczać i mimo różnic wciągać wszystko *per fas et nefas* do wspólnego kotła.

3. Kol. Allerhand, czł. Twa wygłosił wykład p. t. *„O Doktorze Mayo i jego poglądach na medycyne.* (Ukaże się w całości drukiem w P. G. L.). Dyskusję nad wykładem odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Protokół XXVI posiedzenia naukowego odbytego dnia 23 listopada 1934.

Przewodniczy: Kol. Ostrowski.

Na wstępie Prezes uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa Dr. S. Staubera dłuższem przemówieniem.

1. *W dyskusji* nad wykładem Kol. Allerhanda wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu Kol. Pisek zaznacza, że wymieniony w wykładzie światły lekarz poznański Kaczorowski, był może pierwszym, który w latach 80 przeszłego stulecia — w pięknych pracach w Krakowskim Przeglądzie Lekarskim — energicznie zalecał pielęgnowanie i badanie uzębienia. Pamięta, że jego przepis nalewki jodowej z miętą stosował długie dziesiątki lat, jako nieodzowną płókankę, prawie u każdego chorego. Nawiasem wspomina, że Kaczorowski ogłosił również pracę o stosowaniu piasku czystego, prażonego, jako środka czyszczącego. Co do zasad Huntera internisty amerykańskiego to chyba dziś sprawa *„focal infection"* jest dostatecznie uzasadniona. O tem niema co dyskutować. Z drugiej wszakże strony może stwierdzić, że dawno i przed Hunterem zwracano uwagę na ropienia okołozębowe tak, jak na zakażone migdałki, mimo przeszło 1/2 wiekowej praktyki, mówca widział nierzadkie przypadki, że mimo usunięcia ropiejącego ogniska, a dokładniej mimo usunięcia zęba w porę, sprawa septyczna nie ustępuje. Nie tu miejsce, by rozbierać wszelkie wątpliwości. Powiew z Ameryki niewątpliwie wielce się przydał Europie. Obserwował jednak sam przypadek, gdzie pacjentka z żalem wyrażała się o usunięciu licznych podejrzanych zębów, wyjętych właśnie w Ameryce, a dolegliwości gośćcowe gnębią ją jak i przedtem. Mimo wszystko godzą się wszyscy na wielkie znaczenie ogniskowego zakażenia, wychodzącego z uzębienia. Na zakończenie stwierdza, że tayloryzacja na oddziałach braci Mayo w Rochester, dokąd zjeżdżają z całego świata, może mogłaby być jeszcze kwestjonowaną, mimo iż w polskich lekarskich pismach zjawiały się osobiste bardzo pochlebne sprawozdania.

Kol. Grzędzielski podnosi, że okulistyka dostatecznie uznaje związek między schorzeniami oka, a sprawami ogólnemi. Znanem jest, że np. z dna oka można nieraz wprost postawić rozpoznanie choroby toczącej się w ustroju. Inna jest sprawa, jak się mamy zapatrywać, czemu przypisać mamy chorobę oka u osobnika zresztą pozornie zdrowego? Dałoby się tu zastosować powiedzenie, że co kraj to obyczaj. Wiele przewlekłych zapaleń np. jagodówki, które w Ameryce uważa się za następstwo zakażeń ogniskowych, u nas przypisuje się raczej gruźlicy, a na etjologję zębową wypada (według statystyk niemieckich) najwyżej 1,2%. Być może, że związek między chorobami zębów a oczu jest u nas za mało jeszcze uwzględniany, ale należałoby jeszcze przerobić doświadczenia z kliniki Mayo, według których paciorkowce wyhodowane z ognisk ropnych u ludzi dotkniętych jakiemś zapaleniem jagodówki, zaszczepione u królika dawały przerzuty właśnie do oka.

2. Kol. J. Wolf, czł. T-wa, przedstawia i omawia przypadek *pourazowego odosobnionego pęknięcia pęcherzyka żółciowego*, operowany na Oddziele Chirurg. Prof. Ostrowskiego. Chory lat 27 spadł z wozu i doznał poza lżejszemi obrażeniami zewnętrznemi silnego urazu jamy brzusznej. Przywieziony na oddział chirurg. w 12 godzin po wypadku z objawami otrzewnowemi. Nie zgodził się na operację. Zgodził się dopiero następnego dnia, a więc od wypadku upłynęło 24 godzin, a stan jego był ciężki. Z podejrzeniem na pęknięcie jelita, otwarto w linji środkowej jamę brzuszną, w której stwierdzono wielką ilość płynu żółciowego, uszkodzenia jelit nie stwierdzono. Obecność żółci w jamie brzusznej odrazu naprowadziła na rozpoznanie pęknięcia dróg żółc. lub pęch. żółc. Stwierdzono na pęcherzyku żółciowym pęknięcie dług. 2½ cm w okolicy *infundibulum* na jego przedniodolnej powierzchni. Kamieni pęcherzyk nie zawierał. Pęcherzyk żółciowy wycięto i jamę brzuszną zdrenowano przez pierwotny otwór w linii środkowej. Stan pooperacyjny powikłany był odoskrzelowem zapaleniem płuc, po którem stan chorego z dnia na dzień się poprawiał, i chory opuścił szpital w 18 dni po operacji — wyleczony.

3. Kol. Domaszewicz, czł. T-wa i Kol. Stein gość, przedstawili i omówili *4 przypadki z zakresu neurochirurgji.* Przy sposobności pokazu kilku przypadków z zakresu neurochirurgji z Oddziału Chorób Nerwowych Szpitala Powszechnego we Lwowie zaznaczono, że panują u nas jeszcze pewne uprzedzenia do tej nowej specjalności oraz fałszywe pojęcia i wyobrażenia, że neurochirurgja wymaga olbrzymiego i kosztownego aparatu technicznego, że technika neurochirurgiczna jest trudną i skomplikowaną i niełatwo osiągalną, nietylko dla neurologa, ale także i przeciętnego chirurga. Doświadczenia na Oddziele Chorób Nerwowych dowodzą, że przy pewnym wysiłku i zamiłowaniu w chirurgji układu nerwowego nawet w warunkach trudnych można stworzyć ośrodek neurochirurgiczny. Podstawą i warunkiem kardynalnym jest przedewszystkiem odpowiedni materjał kliniczny, który na naszym oddziale jest zupełnie dostateczny i pod względem jakości bardzo rozległy. Następnie odgrywać musi pierwszorzędną rolę odpowiednia diagnostyka nowotworów śródczaszkowych oparta o tak dużą wartość, jaką posiadają metody badań pomocniczych, jak Roentgen i odma czaszkowa. Zześrodkowanie tak diagnostyki, jak i leczenia chirurgicznego w jednym zakładzie i w jednych odpowiedzialnych rękach, jak tego uczą doświadczenia znanych neurochirurgów, daje najlepsze rezultaty. Technika neurochirurgiczna wymaga specjalnego nastawienia, spokojnych warunków pracy, dużej cierpliwości, a przedewszystkiem musi mieć na oku mózg, jako całość, zawierający na każdym niemal odcinku ważne i niezbędne ośrodki; dlatego nie można zgóry nigdy zakreślić sobie szczegółowego planu zabiegu, gdyż każdy zabieg może zgotować dużo niespodzianek i dużo przykrości. Precyzja lokalizacji, a zwłaszcza oznaczenie wielkości i jakości guzów mózgu, nie może być doskonałą i bezwzględnie pewną. Przeszło 40% guzów należy do t. zw. guzów poza-mózgowych, które mimo trudnego dostępu, często znacznego ukrwienia i wielkiej objętości dają dobre wyniki operacyjne. Z przedstawionych dzisiaj przypadków dwa należą do guzów pozamózgowych a dwa do neuralgii nerwu trójdzielnego.

a) Mężczyzna 32 lat, dawniej zdrów. Dwa miesiące przed przyjęciem upadł i uderzył się w głowę. W następnych kilkunastu dniach rozwinął się niedowład prawych kończyn, po miesiącu wystąpił stały ból głowy, w ostatnich dniach utrudnienie mowy i pogorszenie wzroku. Dwa razy drgawki w prawych kończynach bez utraty przytomności. Stwierdzono hemiparezę pra-

wostronną spastyczną, nieznacznego stopnia, połowicze prawostronne obniżenie czucia powierzchownego, afazię motoryczną, drżenie języka i prawej kończyny górnej; obustronną tarczę zastoinową. Operacja wykazała w okolicy zwojów centralnych, po stronie lewej, niedaleko *fissura longitudinalis* guz wielkości jaja kurzego, silnie przekrwiony, miękki, zrośnięty z oponą, dlatego musiano częściowo usuwać go ostrą łyżeczką, drobne cząstki guza pozostały. Spowodu znacznego krwawienia włożono dren (zapobiegając utworzeniu się krwiaka). Dren przeprowadzono przez odpowiednio zrobione wycięcie w płacie kostnym, poczem płat kostny włożono spowrotem i ranę zamknięto szwem trójwarstwowym. Dren usunięto po 24 godzinach, i zeszyto otwór przez to powstały. Po operacji niedowład przemijająco się nasilił, ale wkrótce objawy miejscowe zaczęły się cofać. Najpierw poprawiła się mowa, potem ruchomość kończyny dolnej, najpóźniej górnej. Obecnie płat kostny jest zrośnięty, tylko w miejscu ubytku, przez który przeprowadzono dren, wyczuwa się tętnienie. Wysławia się łatwo, ale zacina przy mówieniu. Siła motoryczna jest dobra; utajony niedowład objawia się jeszcze w tendencji do pronacji. Drżenie w kończynie górnej jeszcze widoczne, tarcza zastoinowa cofa się.

b) 28-letnia chora przed 4 laty w czasie karmienia pierwszego dziecka podwójne widzenie i ból głowy. Lekarz polecił odłączyć dziecko i po kilku dniach dolegliwości ustąpiły. W bieżącym roku w czasie karmienia drugiego dziecka wystąpił silny ból w lewej stronie głowy, podwójne widzenie, ścierpnięcie lewego policzka, ostatnio osłabienie wzroku. Stwierdzono euforję, wzmożone samopoczucie, podniecenie psychoruchowe, mówiła dużo, ale z trudnością, powtarzała stale te same zwroty, odpowiadała po przerwie. Lewa okolica skroniowa bardzo bolesna, wypuk w tem miejscu czerepowaty, lewa gałka oczna wysadzona, powieka górna nieco opadnięta. Ruchomość lewej gałki ku górze i dołowi ograniczona. Podwójne widzenie przy patrzeniu na lewo ku dołowi; obrazy nieskrzyżowane. Obniżenie czucia w zakresie lewego nerwu trójdzielnego, z osłabieniem odruchu rogówkowego. Porażenie i zanik lewego żwacza i zbaczanie szczęki na lewo. Pareza centralna prawego N. VII. i XII. Na dnie oczu początki obrzęku tarczy. Płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowy. Po punkcji ból głowy wzmógł się gwałtownie; nie można już było określić pola widzenia. Na zdjęciu Rtg. lekkie wypuklenie i ścieńczenie łuski skroniowej. Przyjęto guz lewej środkowej jamy czaszkowej uciskający nerw trójdzielny, bloczkowy, częściowo i okoruchowy. Natomiast nerw odwodzący tak czuły na ucisk był wolny. Przy operacji znaleziono pod lewym płatem skroniowym wielki twardy guz, który siedział nieruchomo na szerokiej podstawie na przedniej ścianie piramidy w okolicy zwoju Gassera, pozatem nigdzie nie był z otoczeniem zrośnięty. Guz usunięto kawałkami, podstawa zrośnięta pozostała. Utrata krwi była dosyć znaczna. Ranę zamknięto na głucho. Dalszy przebieg prawidłowy. Podniecenie utrzymywało się przez kilkanaście dni, dopiero ostatnio ustąpiło. Wysadzanie gałki ocznej ustąpiło, natomiast zaburzenie czucia, i porażenie żwaczy utrzymuje się. Histologicznie: *neurinoma*. Guz wielkości mandarynki, wychodził prawdopodobnie z nerwu trójdzielnego. *Neurinomata N. V.* należą do rzadko spotykanych guzów; opisywane przypadki dotyczą zwykle guzów wychodzących z korzonka, które leżą w górnej części uchyłka i dają objawy podobne do guzów nerwu słuchowego. Tak jak często *neurinomata* nerwu słuchowego są często jedynym guzem, tak i w naszym przypadku nie znaleźliśmy żadnego guzka na skórze.

c) Przyp. 3 i 4. dotyczą neuralgji nerwu twarzowego. W obu przypadkach wiek podeszły. Jedna chora liczy 67 lat, druga 70. Choroba trwała u jednej 20 u drugiej 2 lata. Do operacji zgłosiły się chore po wyczerpaniu wszystkich innych metod leczenia. U obu zastrzykiwano kilkakrotnie alkohol do zwoju Gassera. Następstwem tych zastrzyków były u jednej chorej zrosty, które znacznie utrudniły operację. Spowodu krwawienia musiano założyć tampon na 24 godzin, przez co nastąpiło porażenie nerwów ocznych. U obu chorych przecięto wewnątrz-czaszkowo pozaoponowo drugą i trzecią gałązkę nerwu trójdzielnego. W obu przypadkach bóle po zabiegu ustały zupełnie i od kilku miesięcy chore mają się dobrze. Porażenie mięśni ocznych, które u jednej chorej po tamponadzie wystąpiło, cofa się. W obu tych przypadkach wykonano przecięcie gałązek nerwowych, a nie korzonków ze względu na daleko posunięty wiek chorych i większą łatwość tego zabiegu. Pokaz chorych, preparatu z przypadku 2, zdjęć rentgen. i szkiców.

W dyskusji kol. Schramm i Domaszewicz.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Protokół XXVII posiedzenia naukowego odbytego dnia 30 listopada 1934.

Przewodniczy: kol. T. Ostrowski.

Wyświetlono 8 naukowych filmów, wykonanych w Zakładzie Lekarsko-kinematograficznym Uniwersytetu w Berlinie, które na specjalne zaproszenie Lw. Tow. Lek. przedstawił delegat Zakładu Berlińskiego. Pokaz odbył się przy licznym udziale lekarzy i przyrodników w *„Collegium Maximum"*. Filmy przedstawiły zebranym w sposób niezwykle pomysłowy i zrozumiały szereg zagadnień z zakresu biologji (zapłodnienie i pierwsze podziały jaja króliczego, biologja krętka bladego), z fizjologji (czynność narządu krążenia, rzadki przypadek zdolności dowolnego uczynnienia poszczególnych mięśni szkieletowych u człowieka), z patologji (zaburzenia w krążeniu) oraz zabiegi położnicze (postępowanie przy położeniu poprzecznem i pośladkowem) i chirurgiczne (przeszczepienie ścięgien przy porażeniu nerwu promieniowego).

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 czerwca 1934 roku.

1. Kol. Gorecki Zdz., członek T-wa wygłosił odczyt p. t.: *„Obraz kliniczny i leczenie ziarnicy złośliwej"*.

2. Kol. Werkenthinówna, członek T-wa, omówiła: *„Rentgenodiagnostykę i rentgenoterapję ziarnicy złośliwej"* (streszczenie własne).

I. Rentgenodiagnostyka w ziarnicy złośliwej ma największe znaczenie w diagnostyce ziarnicy umiejscowionej w śródpiersiu i płucach. Umiejscowienie to zdarza się stosunkowo często, według niektórych autorów w 100% przypadków ziarnicy, a nie tak rzadko pierwsze zmiany ziarnicze umiejscowione są w gruczołach śródpiersia. Po szczegółowem omówieniu obrazu radjologicznego ziarnicy złośliwej gruczołów śródpiersia i wnęk, preleg. przechodzi do rozpoznania różniczkowego. Pierwszem zadaniem radjologa jest stwierdzenie, czy powiększenie cienia śródpiersia odnosi się do powiększenia gruczołów chłonnych, czy też do zmian któregokolwiek innego narządu śródpiersia. Z chwilą stwierdzenia sprawy gruczołowej należy różniczkować pomiędzy ziarnicą złośliwą, mięsakiem limfatycznym, białaczką, gruźlicą i przerzutami nowotworowemi. Rozpoznanie najczęściej nie może być ustalone na podstawie samego obrazu radjologicznego, lecz muszą być brane pod uwagę wszystkie dane kliniczne. Niekiedy jednak samo badanie radjologiczne może być rozstrzygające, ale nie badanie jednorazowe, lecz seryjne, pozwalające określić szybkość wzrostu guzów gruczołowych. Tak naprzykład w gruźlicy gruczołowej wielkość gruczołów w ciągu szeregu miesięcy, a nawet lat może nie ulec żadnej zmianie. Bardzo duże znaczenie diagnostyczne w rozpoznaniu różniczkowem wymienionych wyżej spraw chorobowych mają próbne naświetlania promieniami Roentgena: mięsak chłonny, guzy gruczołowe białaczkowe i ziarnicze cofają się po stosunkowo małych dawkach, na które rak pierwotny lub przerzuty raka wcale nie reagują. Promieniooczulość pierwszych trzech schorzeń jest również niejednakową, mianowicie najbardziej promienioczułe są guzy gruczołowe w białaczce, w nieco mniejszym stopniu w mięsaku chłonnym, a najmniej w ziarnicy, w której zresztą spostrzega się dość duże wahania promienioczułości w poszczególnych przypadkach. W stosowaniu próbnych naświetlań zalecana jest ostrożność, gdyż w przyp. gruźlicy gruczołowej nieco większa dawka może być nieobojętną i spowodować obostrzenie lub uogólnienie sprawy chorobowej.

Następnie preleg. przechodzi do omówienia ziarnicy złośliwej samego płuca, dołączającej się według Kirklina w 30% przypadków do ziarnicy gruczołów śródpiersia i wnęk. Może ona przebiegać pod następującemi postaciami: 1) postać naciekająca płuco wzdłuż naczyń i oskrzeli, dająca obraz radjologiczny podobny do raka pierwotnego płuca, która wkońcu może zająć cały płat, analogicznie do raka płatowego, 2) postać o ogniskach podobnych do ognisk bronchopneumonicznych lub gruźliczych, 3) postać o wyglądzie okrągłych guzków, jak w przerzutach nowotworowych; postać ta jest najrzadszą. W rozpoznaniu różniczkowem napotykamy na te same trudności, co i w ziarnicy czysto gruczołowej.

Na zakończenie preleg. pokrótce omawia zmiany kostne w ziarnicy złośliwej. Występują one najczęściej w kręgosłupie, żebrach, miednicy i dają obrazy podobne do przerzutów nowotworowych w kościach. Zmiany kostne w ziarnicy nie należą do

rzadkości, jednakowoż wśród 14 przypadków, spostrzeganych przez prelegentkę występowały tylko w 1 przypadku i stwierdzone były dopiero na sekcji.

II. Rentgenoterapja jest obecnie najskuteczniejszą metodą leczenia ziarnicy złośliwej i jeśli nie doprowadza do wyleczenia, to przynajmniej daje poprawę, nieraz długotrwałą. Obraz histologiczny tkanki ziarniczej, zawierającej elementy tkanki krwiotwórczej i dużo elementów limfoidalnych jest przyczyną jej dużej wrażliwości na promienie X. Obraz anatomopatologiczny tkanki ziarniczej po naświetlaniu promieniami X wykazuje duże ogniska martwicy w tkance limfoidalnej. Najpierw giną limfocyty i inne komórki mało zróżnicowane, później ciałka wielojądrzaste, a najdłużej utrzymują się komórki Sternberga, jako najbardziej dojrzałe. W okresie późniejszym rozpoczyna się proces rozwoju tkanki łącznej, będącej wyrazem odczynu ustroju na rozpad komórkowy.

Nie wszystkie przypadki ziarnicy złośliwej są jednakowo promienioczułe — jedne reagują szybko na naświetlanie i wymagają mniejszych dawek, inne znacznie wolniej, mianowicie te, w których od początku utkanie histologiczne wykazuje duży rozwój tkanki łącznej. W przebiegu leczenia promieniami X może wytworzyć się promienioodporność naświetlanych gruczołów tak, iż w okresach nawrotów reagują one coraz słabiej i wymagają zwiększenia dawki.

Rentgenoterapja ziarnicy złośliwej powinna być terapją głęboką. Od rentgenoterapji nowotworów różni się mniejszą dawką, potrzebną do uzyskania wyniku leczniczego, na skutek większej promienioczułości ziarnicy. Terapja półgłęboka może być stosowana tylko dla zmian gruczołów, umiejscowionych zupełnie powierzchownie. Dawki całkowitej nie stosuje się jednorazowo, lecz jest rozdzielona w czasie, dla uniknięcia stanu toksyczności, któryby nastąpił po dużej dawce jednorazowej, na skutek wchłaniania produktów rozpadu komórkowego. Na zmiany głębokie stosuje się naświetlania z kilku pól, przez co unika się uszkodzeń skóry.

Dawka całkowita, wystarczająca w ziarnicy, według autorów niemieckich wynosi ok. 400 r. (jednostek r międzynarodowych) na powierzchni skóry. Autorowie ci (Chaoul i Lange, Holthusen) powtarzają tę dawkę po 3 miesiącach i po roku w celach zapobiegawczych.

Autorowie francuscy stosują dawki większe. Niektórzy autorowie francuscy poza pierwszą serją naświetlań stosują zawsze leczenie „utrwalające" i „zapobiegawcze", nie czekając, aż się pojawi nawrót cierpienia. Inni (Gilbert i Sluys) nie stosują leczenia zapobiegawczego, natomiast są zwolennikami dużych dawek. Dawka całkowita według tych autorów powinna wynosić od 700 do 1100 r w zmianach gruczołowych powierzchownych tak, aby dawka w głębi wynosiła 400 r. W guzach ziarniczych śródpiersia stosują naświetlania z czterech dużych pól po 1000 r. na każde pole.

Prelegentka omawia pokrótce metodę Sluysa, polegającą na naświetlaniu całego tułowia dużemi polami dawką do 1000 r na pole, przy 250 r na seans, wychodząc z założenia, że ziarnica złośliwa zawsze zajmuje rozleglejsze obszary, niż daje się stwierdzić, oraz metodę naświetlań ogólnych z dużej odległości, małemi dawkami od 10 do 30 r (telerentgenoterapja).

Ocena wyników rentgenoterapji jest bardzo trudna, gdyż wyniki te w dużej mierze zależą od rozległości i umiejscowienia zmian oraz od złośliwości sprawy chorobowej, która jest bardzo różnorodna. Są bowiem przypadki, które i bez leczenia promieniami X i bez żadnego leczenia przebiegają stosunkowo łagodnie i długo, inne natomiast przebiegają ostro i postępują pomimo naświetlań. Rentgenoterapją nie osiąga się wyleczenia całkowitego, lecz tylko dłużej, czy krócej trwające remisje. Większość autorów podaje przeciętną długość życia po naświetlaniach 2½ lat.

Prelegentka przedstawia wyniki leczenia promieniami X chorych ze szpitala Wolskiego i Przychodni Przeciwgruźliczej, naświetlanych przez doc. Zawadowskiego w szpitalu Ujazdowskim. Leczenie było przeprowadzane zapomocą naświetlań głębokich dawką od 500 do 15000 r na pole, zależnie od rozległości zmian, stanu ogólnego, wieku i innych cech indywidualnych poszczególnych przypadków. Z 12 przypadków leczonych w dwóch ocena wyniku nie była możliwa spowodu braku dalszej obserwacji. Z pozostałych 10 przypadków w dwóch nie osiągnięto nawet poprawy doraźnej i zejście śmiertelne nastąpiło w szybkim czasie. W 8 przypadkach naświetlania dały wynik dodatni, polegający na zmniejszeniu i znikaniu pakietów gruczołowych, cofaniu się zmian w płucach, znacznej poprawie stanu ogólnego i spadku ciepłoty. Z tych przypadków 3 zmarło — w 3 lata, w 2 lata i w pół roku po naświetlaniu. Pozostałe przypadki żyją, ale są obserwowane stosunkowo krótko, bo nie dłużej, jak 2 lata od rozpoczęcia naświetlań.

Prelegentka demonstruje szereg zdjęć przypadków guzów ziarnicowych śródpiersia oraz guzów śródpiersia o innej etjologji, przejście zmian ziarnicowych na płuco i zdjęcia przypadków leczonych promieniami, na których można badać wynik rentgenoterapji.

W dyskusji: Kol. Zaleski dysponuje czterokrotnie większym materjałem, niż referentka. Kol. Werkenthinówna powiedziała, że lecznictwo rentgenowskie ziarnicy jest mało ustalone. Jeśli się ma dużo do czynienia z rentgenoterapją ziarnicy, to można powiedzieć, że wytyczne są już ustalone. Przedewszystkiem musimy odrzucić te metody, które przynoszą najwięcej szkody, to jest naświetlania niedostatecznemi dawkami. Gdy mamy do czynienia z dużym guzem, trzeba stosować dawki takie, jak w nowotworach, tylko bardziej rozłożone w czasie. Dla naświetlań gruczołów obwodowych wystarczają mniejsze dawki. Naświetla się dopóty, póki w gruczołach nie powstaną twarde blizny. Należy zaprzestać naświetlania dopiero wtedy, gdy już niema rozszerzenia cieni śródpiersia. Dawki, o których mówiła kol. Werkenthinówna, są niewystarczające dla powstrzymania nowotworów.

Przerzuty do kości nie należą do rzadkości. Pierwszych objawów tych przerzutów, t. j. odwapnień na znacznej przestrzeni, naogół nie docenia się i w ten sposób przeocza się wczesny okres podatny terapji. Mówca ma w leczeniu dwóch chorych, z których jednego obserwuje 6 lat — drugiego — 7. Zjawiają się oni z coraz nowym objawem, czyto w kościach, czyto w gruczołach, a jednak żyją. Kol. Zaleski zupełnie nie stosuje naświetlań zapobiegawczych. Co do jamy brzusznej, to ogledność jest tu wskazana, lecz nie trzeba nadto ostrożnie postępować z nadnerczami, gdyż znoszą one dobrze nawet duże dawki. Co się tyczy techniki Sluysa (czyt. Slojsa) przy dużych polach, to daje on 100 względnie 200 r (jednostek międzynarodowych) i ostrzega, że należy zaczynać od małych dawek. Przytaczając dawkę 250 r, może kol. Werkenthinówna miała na myśli jednostki francuskie.

Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, zaznacza w związku ze wzmianką kol. Goreckiego o pracy Czyżewskiej i Mierzeckiego z r. 1933, że Śniegowski znacznie wcześniej, bo w 1927 roku w „Przeglądzie Dermatologicznym" ogłosił kazuistykę na temat owrzodzeń skórnych na tle ziarnicy. Poruszył on przytem zagadnienia powinowactwa tej choroby z grzybicami skóry. Tę postać ziarnicy należy różnicować z gruźlicą, kiłą, rakiem, grzybicą zwykłą, a przedewszystkiem z grzybicą guzową *(mycosis fungoides)*. Jedynym momentem rozstrzygającym jest biopsja, która pozwala odnaleźć komórki Sternberga. Ale są autorzy, którzy twierdzą, że komórki Sternberga spotyka się w grzybicach. Te przypadki, które ogłosili kol. Śniegowski, a niedawno kol. Cholewicz nasuwają myśl o powinowactwie ziarnicy do *mycosis fungoides*, i mają wzór powinowactwa z gruźlicą przesączalną. Fakty te przypominają poglądy biologiczne prof. Karwackiego.

Kol. Elektorowicz A., członek T-wa, uważa na zasadzie własnego materjału, że częstość ziarnicy w ostatnich latach wzrosła 6—8-krotnie. W latach 1924 i 1925 mówca widywał 1 przypadek rocznie, pomimo że obserwacja kliniczna stała na wysokim poziomie i rozpoznania ówczesne były dość dobre. Badanie rentgenowskie daje bardzo dużo, lecz w diagnostyce nie możemy się opierać na samym Roentgenie, gdyż długi szereg spraw daje podobne obrazy. Bardzo często pierwsze objawy ziarnicy zaczynają się w śródpiersiu. Badanie rentgenowskie daje klinicyście pewne wskazówki, w jakim kierunku ma pójść. Wyniki terapeutyczne, które kol. Elektorowicz otrzymał w swej praktyce, były nie dłuższe niż na okres 4 lat, jeśli więc chodzi o te wyniki, to zgodne są one z wywodami kol. Werkenthinówny. Objawy stosunkowo szybko ustępowały pod wpływem promieni Roentgena, lecz po pewnym czasie występowały nawroty, szczególnie przerzuty do płuc i znów po naświetlaniach następowała poprawa. Klinicyści radzą naświetlać jamę brzuszną ze względu na możliwość obecności przerzutów, a tymczasem wzrasta wyniszczenie, chory umiera i na sekcji nie stwierdza się większych zmian w gruczołach jamy brzusznej. W jednym przypadku w całych płucach stwierdzono tylko zbitą tkankę łączną. Nie można było się natomiast doszukać powiększonych gruczołów, któreby wskazywały na zmiany charakterystyczne dla ziarnicy. Dopiero w małym gruczole pod pachą stwierdzono cechy ziarnicy złośliwej.

Kol. Łukaszczyk: Materjał Instytutu Radowego względnie niedawny, ale stosunkowo duży, gdyż obejmuje 4 przypadki. Mogę się zupełnie przyłączyć do zdania kol. Zaleskiego. Wszystkie przypadki, które do nas przychodzą, były już w różnych miejscach naświetlane dawką zbyt małą. Wystarczyło zmniejszenie gruczołów, spadek ciepłoty ciała, lub zmniejszenie cienia śródpiersia, żeby zaprzestano leczenia. Jeśli osobnik jest młody, trzeba zastosować dużą dawkę, aż do zupełnego zniknięcia gu-

zów śródpiersia. Należy dać na pole 2 do 3 tysięcy r. Nie trzeba się zatrzymywać, póki zmiany zupełnie się nie cofną i z powiększonych gruczołów nie pozostanie śladu.

Kol. Rudzki St., członek T-wa (streszczenie własne) — podnosi znaczenie doniosłe wysłuchanych odczytów o ziarnicy ze względu na to, że choroba ta niewątpliwie jest częstszą obecnie, niż przed kilku jeszcze laty. Rozpoznanie ziarnicy czasami bywa bardzo łatwe, przeważnie jednak trudne, łatwe, jeśli są powiększone gruczoły zewnętrzne i można dokonać biopsji, w przeciwnym razie dopóki choroba jest ukryta w klatce piersiowej lub w jamie brzusznej, rozpoznanie nieraz jest bardzo trudne, gdyż żaden z opisanych objawów nie jest sam przez się decydującym: ani obraz kliniczny, ani wzór krwi ani nawet obraz rentgenologiczny. Mówca przytacza przykłady omyłek rozpoznawczych, pomimo współistnienia wszystkich objawów, uważanych za typowe. W każdym przypadku powiększenia gruczołów zewnętrznych pamiętać trzeba o ziarnicy złośliwej i przeprowadzić dokładnie badanie w tym kierunku włącznie z wycięciem jednego ze schorzałych gruczołów i zbadaniem histologicznem. Wczesne rozpoznanie jest bardzo ważne ze względu na możność rozpoczęcia naświetlania promieniami Roentgena, jedynie bodaj pomocnemi w tej chorobie. Mówca widywał po rentgenoterapji ziarnicy wyniki bardzo szybkie i dobre, chociaż przeważnie występuje w pewien czas potem schorzenie innych gruczołów chłonnych zwłaszcza brzusznych. Bardzo ważne jest w leczeniu promieniami Roentgena częste kontrolowanie morfologji krwi: jeśli wzór się nie poprawia po naświetlaniach klatki piersiowej czy szyi, przyczyną jest zazwyczaj umiejscowienie cierpienia również w innych miejscach, zwłaszcza w jamie brzusznej i w kościach. Bardzo ważne są wskazówki kol. Goreckiego co do znaczenia badania krwi dla przeciwwskazań w pewnych przypadkach do rentgenoterapji, która nie może być nigdy stosowana szablonowo.

Z objawów pomocniczych do rozpoznawania ziarnicy mówca przytacza spostrzegane przez siebie w 2 przypadkach bardzo silne bóle w okolicy mostka (przy umiejscowieniu ziarnicy w śródpiersiu), bóle były napadowe, powiększały się raczej przy pewnych ruchach (zginanie się), niż przy oddechaniu. W jednym z tych przypadków pomimo nadzwyczaj wybitnego zniknięcia guzów śródpiersia po naświetlaniach, bóle jednak pozostały; w kościach mostka wyraźnych zmian nie było. Co do objawów skórnych, prócz swędzenia mówca spostrzegał czyrakowatość, co do czasu związaną z istnieniem ziarnicy i znikającą po leczeniu Roentgenem i arsenem.

Kol. Rudzki wspomina o stosunku leczenia ziarnicy promieniami Roentgena do heljoterapji i sądzi, że łączenie tych dwóch metod nie jest wskazane.

Kol. Zawadowski, członek T-wa: Co się tyczy rentgenodiagnostyki, głosu nie zabieram, dodam tylko, że najwięcej możemy oczekiwać od zdjęć, które pozwalają objąć rozwój i ocenić postępy lecznicze. W sprawie terapji nie jestem entuzjastą. Doświadczenie swoje opieram na 20-kilku przypadkach leczonych w szpitalu, kilkunastu z ambulatorjum i z praktyki prywatnej; razem liczba przypadków ziarnicy leczonych przeze mnie zbliża się do 50. Mogę powiedzieć, że naogół, jakkolwiek widzimy polepszenie, wyniki trwałe są jednak bardzo rzadkie. Czy zasługa pomyślnego wyleczenia może być przypisywana rentgenoterapji? Różne przypadki ziarnicy różnie przebiegają. Bardzo poważne luki czyni wyniszczenie i to daje rokowanie najgorsze. Możemy otrzymać wtedy tylko pewne paljatywne rezultaty. Wszystko to dotyczy ziarnicy sprawdzonej. Jeśli otrzymujemy dobre wyniki, to nasuwa się wątpliwość, czy to była istotnie ziarnica. Sam widziałem przypadki guzów śródpiersia, które pozostawione same sobie — znikały. Były to guzy gruźlicze. I obecnie mam w obserwacji kilkunastoletnie dziecko z guzami śródpiersia. Dziecko to, wysłane do Rabki, poprawiło się klinicznie i obecnie czuje się dobrze, chociaż od tego czasu minęło 6 lat. W drugim przypadku powiększonych gruczołów na szyi rozpoznano ziarnicę. Po naświetlaniach w guzach tych zauważono rozmiękanie a w ropie znaleziono dużą liczbę prątków. Takie przypadki każą przyłączyć się do zdania tych autorów, którzy wymagają albo biopsji, albo sekcji dla potwierdzenia rozpoznania ziarnicy. W leczeniu ziarnicy energją promieniotwórczą należy trzymać się nieco niższych dawek, niż w nowotworach, gdyż musimy sobie zarezerwować naświetlanie serjami. W ziarnicy wystarczy, jeśli się zatrzymamy na 1500 do 2000 r., a dla osobników młodszych dostateczne są dawki mniejsze. Pamiętam przypadek ziarnicy potwierdzony biopsją, który naświetlałem wielokrotnie spowodu nawrotów. Nie moja w tem zasługa, że choroba ta trwa już 8 lat. Bywały powiększone gruczoły w różnych miejscach. Naświetlałem je dawkami, które nie przekraczały 1000 r. Za każdym razem zmiany cofały się, a występowały później w innem miejscu. W ostatnich latach zjawiły się nawroty w gruczołach jamy brzusznej, które to nawroty również cofnęły się po naświetlaniach. Wreszcie wystąpiły bóle kręgosłupa, lecz i te ustąpiły. W ten sposób były leczone małemi dawkami przypadki długotrwałe. Inne przypadki leczone dużemi dawkami biorą obrót niekorzystny i nie wysuwają się poza ramy znane z kliniki ogólnej, t. j. nie przekraczają trzydziestu kilku miesięcy. Pojedyncze przypadki wyleczenia ziarnicy gruczołów bez naświetlań są zupełnie możliwe. Nie zgodziłbym się z kol. Zaleskim, że można bezkarnie naświetlać nadnercza. Obserwowałem przypadki, w których naświetlanie nadnerczy promieniami Roentgena wywołało oszołomienie i objawy podobne do choroby Addisona.

Kol. Łukaszczyk uważa, że kwestja dawek ma duże znaczenie. Kol. Łukaszczyk w nowotworach daje 6000 r na pole, a czasem i więcej. Jeśli więc zastosować w ziarnicy 3000 r — będzie to połowa dawki nowotworowej, a 2000 r trzecią części.

Kol. Gorecki Zdz., członek T-wa: Widzę, że większość rentgenologów zgadza się z wynikami, które z pewną nieśmiałością pozwoliłem sobie przytoczyć. Mnie się wydaje, że naświetlania rentgenowskie nie są całkowicie obojętne i należałoby się upewnić, czy istotnie mamy do czynienia z ziarnicą. Co do leczenia, to po naświetlaniu lampą kwarcową i słońcem widzimy również dobre wyniki. W lżejszych przypadkach ma się lepsze wyniki, ale i w cięższych spotyka się samoistne wyleczenie. Niektórzy chorzy posiadają niesłychaną wrażliwość skóry. Sprawia to dużą trudność w naświetlaniu. Zmiany w kościach są częstsze niż się to dawniej wydawało.

To, co mówił kol. Elektorowicz, że daleko więcej przypadków spotyka się po wojnie, podkreśla również i prof. Rencki w swej pracy.

Kol. Werkenthinówna, członek T-wa, odpowiada, że co się tyczy stosowania dużych dawek w ziarnicy, to już sprawę tę omówił Doc. Zawadowski. Przy naświetlaniu całego ciała Sluys stosuje 500 R. Solomona, co odpowiada 200—500 jednostkom międzynarodowym. Jeśli chodzi o rentgenodiagnostykę, to jednorazowe prześwietlenie nie może wyjaśnić sprawy, ale zdjęcia seryjne dużo mogą dopomóc w wyjaśnieniu cierpienia.

Wice-Prezes: *Zdz. Sławiński.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

Z Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Dn. 5. I. 1935 odbyło się w Paryżu Posiedzenie Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (MZP) pod przewodnictwem Prezesa tego Związku dra Eugenjusza Piestrzyńskiego, wiceministra Opieki Społecznej przy udziale Sekretarza Generalnego Związku prof. F. Bezançon, zastępcy Sekretarza Generalnego dra Marji Skokowskiej-Rudolf, skarbnika p. Mirabaud, redaktorki dra Alix Churchill, przedstawicieli: Holandji — prof. Nolena, Portugalji — prof. Lopo de Carvalho i Italji — prof. Paolucci. Na porządku dziennym były: 1) i 2) sprawozdania Sekretarza Generalnego i Skarbnika, 3) wybór tematu na zebranie Rady Zarządzającej; uchwalono prosić prof. Madsena o zreferowanie sprawy standaryzacji tuberkuliny i metod próby tuberkulinowej; na koreferenta ma być proszony prof. Opie ze St. Zjedn. A. P. 4) prof. Lopo de Carvalho przedstawił projekt organizacji Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego, który odbędzie się w Lizbonie w r. 1936. Program starannie opracowany przewiduje szereg atrakcyj, jak wycieczka do Oporto, a nawet, przy odpowiedniej liczbie uczestników, na Maderę. Tematy naukowe będą wybrane na podstawie wniosków zgłoszonych przez państwa członków Unji Międzynarodowej. Na wniosek jednak prof. Lopo de Carvalho uchwalono podać do wiadomości członków M. Z. P. te tematy, których omówienie na terenie międzynarodowym wydaje się szczególnie pożyteczne i naczasie. Prof. Lopo de Carvalho zgłosił nast. tematy (dokładne tytuły byłyby podane później); a) wnęki gruźlicze, b) zakażenie pierwotne gruźlicą u młodzieży i dorosłych, c) drogi przenikania prątka do organizmu, d) szpitale i sanatorja w arsenale przeciwgruźliczym, e) pomoc rodzinie chorego na gruźlicę. Wydaje się szczególnie wskazane opracowanie tematów a (klinicznego) i d (społecznego). Zdaniem członków Komitetu Polaków należałoby ten drugi temat zwęzić, ograniczając tylko do zagadnienia szpitali i ich właściwego miejsca w arsenale przeciwgruźliczym. Oczywiście nie jest wykluczone, że na skutek ankiety Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego mogą wypłynąć tematy inne, interesujące i aktualne.

W punkcie 5 porządku dziennego ustalono skład Komitetu Fundacji im. prof. Leon Bernard; na wniosek prezesa p. dra Piestrzyńskiego wybrano na przewodniczącego Komitetu Fundacji — prof. Paolucci oraz na przewodniczących honorowych — Sir Roberta Philipa i senatora Honnorat. Wreszcie w punkcie 6-tym poruszono zagadnienia, dotyczące rozszerzenia dotychczasowej działalności Związku.

Na wniosek dra Piestrzyńskiego i za jego podpisem zostały rozesłane zaproszenia do wstąpienia do M. Z. P. do tych wszystkich państw, które dotąd do Związku nie należą. Związek posiada, jak wiadomo, 44 członków (licząc w tem i zgłoszony na Zjeździe w Warszawie ZSSR), pozostaje jednak jeszcze dwadzieścia kilka państw, niezrzeszonych w M. Z. P., między innemi Związek Australijski i Unja Południowo-Afrykańska.

Drugą sprawą o znaczeniu międzynarodowem był projekt opracowywania przez Związek statystyki gruźlicy z całej kuli ziemskiej. Projekt referowała dr. Skokowska-Rudolf, która na zakończenie referatu przedstawiła następujące wnioski: 1) państwa należące do M. Z. P., przyjmą szemat do opracowania statystyki gruźlicy, zaproponowany przez Komitet Wykonawczy M. Z. P. oraz jednakowe znaki umowne, 2) początek statystyki według jednolitych wzorów należy odnieść do roku 1930, zaś dane o działalności instytucyj przeciwgruźliczych — do roku poprzedzającego zestawienie, 3) wypełnione tablice, zawierające liczby, zgodne z danemi urzędowemi dla danego kraju, będą przesyłane do biura M. Z. P., 4) Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy na podstawie zebranych danych opracuje poszczególne zagadnienia tak, aby możliwe było zestawienie porównawcze i opublikuje w *„Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose"*. Opracowanie to będzie dokonane na podstawie szematów również przez nas zaprojektowanych. Projekt ten, dotyczący opracowania statystyki międzynarodowej gruźlicy, został przez Komitet Wykonawczy przyjęty. Również przyjęto projekt ogłaszania w *„Bulletin"* piśmiennictwa z zakresu gruźlicy ze wszystkich krajów.

Uroczyste Posiedzenie Tow. Lek. Częstochowskiego w celu uczczenia ś. p. dra Karola Rożkowskiego.

W dniu 20 ub. m. odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. Lekarskiego w celu uczczenia ś. p. Dr. Karola Rożkowskiego, b. prezesa, zmarłego w dniu 16 stycznia r. z. W obecności rodziny Zmarłego, delegata Tow. Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego wice-prezesa Dr. Kotarskiego, przedstawicieli władz, organizacyj zawodowych i zaproszonych gości prezes Tow. Dr. Łokczewski zagaił posiedzenie, podnosząc w swem przemówieniu zalety umysłu, uzdolnienia i uspołecznienia ś. p. Rożkowskiego, Jego zasługi dla nauki polskiej, Tow. Lekarskiego i społeczeństwa miejscowego. Następnie Koledzy Borkowski, Frenkenberg, Szwedowski, Szaniawski i wiceprezes Batawia w swych odczytach dali streszczenie i ocenę prac Zmarłego. Licznie zebrani słuchacze przyjęli wykłady w poważnem skupieniu i opuszczali salę w nastroju podniosłym.

Dr. Łokczewski.

Poświęcenie i otwarcie pawilonu dla chorych na gruźlicę przy Szpitalu Powszechnym w Sosnowcu.

Dnia 13 stycznia r. b. odbyło się poświęcenie i otwarcie pawilonu dla chorych na gruźlicę przy Szpitalu Powszechnym w Sosnowcu. Pawilon ten został zbudowany staraniem miejscowego T-wa Przeciwgruźliczego i w znacznej mierze z jego funduszów. Pawilon mieści 50 łóżek: w 8 salach sześciołóżkowych i 2 seperatkach, poczekalnię, świetlicę, pomieszczenie dla Roentgena (już zainstalowanego), salkę zabiegów i kuchenkę podręczną. Plan budowy bardzo prosty i racjonalny: środkiem murowanego parterowego budynku przebiega korytarz, oświetlony przez szklane ściany w obu końcach i od sufitu, po stronie słonecznej położone są sale, zaopatrzone w szklane drzwi na taras, na który mogą być wywożone łóżka, po stronie przeciwnej korytarza położone są wszystkie inne pomieszczenia, umywalki, wanny (dwie) i ustępy.

Uwagę zwraca rozplanowanie racjonalne, proporcjonalne wymiary i estetyka urządzenia, pomimo wielkiej prostoty. Budynek ma wodociąg i kanalizację. Uderzająco niski jest koszt budowy: pawilon wraz z instalacjami i urządzeniem wewnętrznem kosztował 120.000 zł. co wynosi 2.400 zł na jedno łóżko.

Pawilon został wybudowany z ofiarności społecznej, na dochody Komitetu budowy złożyły się: fundusze T-wa Przeciwgruźliczego w Sosnowcu, pochodzące ze zbiórki „Dni Przeciwgruźliczych", w sumie 30.000 zł, ofiarowany przez Zarząd miasta plan oceniony na 10.000 zł, dary: miejscowego Związku Lekarzy, przemysłowców, właścicieli fabryk, poszczególnych osób, dochody z imprez towarzyskich, organizowanych przez panie — gorliwe rzeczniczki budowy, wreszcie zapomoga Ministerstwa Opieki Społecznej w sumie 25.000 zł.

Największe zasługi w powstaniu tej placówki położyli: Dr. Molicki lekarz miejski i sekretarz T-wa Przeciwgruźliczego i Dr. Witkowski — Prezes Towarzystwa.

Jednocześnie z otwarciem został dokonany akt przekazania pawilonu miastu, które będzie placówkę tę prowadziło.

Na uroczystości byli obecni: przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej Dr. Skokowska-Rudolfowa, Wojewody Kieleckiego — Naczelnik Wydz. Zdrowia Dr. Dziewulski, Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dyr. Dr. Grodecki, Komisarz Miasta, delegaci T-wa Lekarskiego, Towarzystw Przeciwgruźliczych z terenu Województwa, lekarze powiatowi i liczni przedstawiciele miejscowego społeczeństwa.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Em. prof. medycyny sądowej w Krakowie, Dr. Leon Wachholz, został zamianowany profesorem honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Doc. neurologji i psychjatrji U. J. Dr. Marcin Zieliński zamianowany został profesorem tytularnym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Doc. Dr. Wiczyński Tadeusz mianowany profesorem tytularnym na Wydziale Lekarskim U. J. K.

Prof. nadzwyczajny histologji i embrjologji U. P. Dr. T. Kurkiewicz mianowany profesorem zwyczajnym.

Zmarli.

Dr. Kazimierz Karaffa-Korbut, profesor higjeny Uniwersytetu Stefana Batorego, wybitny higjenista, zmarł w Wilnie w wieku 56 lat. Osobie Zmarłego poświęcimy osobne wspomnienie pośmiertne.

Dr. Leon Rygiel zmarł w Baryszu kolo Monasterzysk w wieku 30 lat.

Dr. Cemach Szabad, zasłużony działacz społeczny, zmarł w Wilnie w wieku 70 lat.

Dr. Kazimierz Wyrzykowski zmarł we Lwowie w wieku 66 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Dnia 23 ub. m. wygłosił Prof. Dr. Leon Wachholz w Tow. Lek. Krakowskiem wykład p. t.: „Romans zmyśleń i nieprawdy" — na marginesie Strobla „Tatsachenroman Process Borowska". — 25. ub. m. na nadzwyczajnem posiedzeniu Wolfgang von Weisl z Wiednia wygłosił wykład w jęz. niemieckim p. t.: „Podstawy i wyniki dietetycznego leczenia gruźlicy". — 30. ub. m. Pokazy przypadków z Oddz. Dziecięcego Szpitala św. Łazarza i Oddz. Laryng. Szpitala Izrael. oraz odczyt Prym. Dra Schwarzbardta p. t.: „Zapalenie i wyłuszczenie migdałków jako problem kliniczny".

I posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się w piątek, dnia 25 stycznia 1935. 1. Kol. Rothfeld: Demonstracja mózgu z przypadku wągrzycy mózgu (cysticercus cerebri), przedstawionego dnia 7. XII. 1934. 2. Kol. Ziembicki: Galerja zasłużonych. Szkice biograficzne z dawnej i niedawnej przeszłości lwowskiej (wykład z przeźroczami). 3. Kol. Schusterówna: Endometrjoza i jej znaczenie w praktyce lekarskiej (wykład).

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 29 stycznia 1935 r. 1. Goebel Fr.: Wątroba a przemiana cholesterynowa. 2. Galinowski Z.: Badania nad przemianą purynową w chorobach miąższu wątrobowego. 3. Biernacki A.: Wpływ salirganu na wydzielanie żółci wątrobowej.

Posiedzenie naukowe Pol. Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 31 stycznia b. r. Porządek dzienny: 1. Demonstracje chorych: a) Karbowski: Ropień przyoponowy z objawami klinicznemi ropnia mózgu. b) Czarnecki: Dwa przypadki guzów szyi, leczonych promieniami Roentgena. c) Karbowski: Przypadek heteroplastyki kosmetycznej nosa. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3. Wolne wnioski.

VI Ogólno-polski Zjazd Doroczny Pol. Lek. T-wa Radjologicznego i Fizjoterapeutycznego odbędzie się w Łodzi dnia 7 i 8 grudnia 1935 roku. Tematy programowe: 1) Radjodiagnostyka śródpiersia (bez serca i naczyń). 2) Radjodiagnostyka uszna. 3) Ostre i przewlekłe sprawy chorobowe stawów (sprawy zapalne i degeneracyjne). 4) Nowe poglądy na metody leczenia nowotworów złośliwych energią promienną. Zgłoszenia na referaty dowolne wraz ze streszczeniami uprasza się kierować do 1 lipca 1935 roku pod adresem sekretarza miejscowego Komitetu Organizacyjnego kol. J. Mandeltorta, Łódź, ul. Wólczańska Nr. 18. Podczas Zjazdu zorganizowana będzie wystawa radjologiczna.

IV Międzynarodowy Kongres Lekarzy Szpitalnych odbędzie się w Rzymie od 5—12 maja b. r.

IX Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Bukareszcie od 2—9 września b. r.

X Międzynarodowy Kongres Historji Medycyny odbędzie się w Madrycie od 23—29 września b. r.

X Międzynarodowy Kongres Chirurgów odbędzie się b. r. w Kairo.

Międzynarodowy Kongres Oto-Ryno-laryngologów odbędzie się b. r. w Berlinie.

Różne.

Z kraju.

Opracowanie dat spisu ludności z 1931 roku daje nam następujący obraz warunków higjenicznych mieszkańców Kresów Wschodnich (miasto Brześć n. Bugiem). Na ogólną ilość mieszkańców (48.385) przypada 10.591 mieszkań, ogólna liczba izb w mieszkaniach wynosi 26.796; przeciętna liczba izb na mieszkanie 2,5; przeciętna liczba osób na izbę 1,8. 3.527 mieszkańców Brześcia zajmuje mieszkania, w których na jedną izbę przypada 4—6 osób, 1300 mieszkańców mieści się po 6 i więcej w jednej izbie. Z ogólnej liczby mieszkań posiadało ustęp w mieszkaniu 444. Osób pracujących w zakresie lecznictwa (wraz z siłami pomocniczemi) było w Brześciu 271. (Wiad. Stat. Nr. 2. 1935).

W roku 1934 przywieziono do Polski środków farmaceutycznych, opatrunków i lekarstw w ilości 147 tonn, za cenę 5.388.000 złotych. (Wiad. Statyst. Nr. 2. 1935).

Polskie Towarzystwo Eugeniczne urządziło w dniu 1—3 lutego b. r. kurs dla lekarzy i działaczy społecznych z zakresu poradnictwa przedślubnego.

W Makowie Podhalańskim został otwarty w grudniu ub. r. Dom Wypoczynkowy dla pracowników kolejowych.

W Ciechocinku powstało nowe sanatorjum dla gruźlicy chirurgicznej przeznaczone dla dzieci.

Uniwersytet Stefana Batorego otrzymał nowy gmach, który został poświęcony w listopadzie ub. r. i nazwany Collegium Anatomicum.

Najbliższe stulecia. W r. 1941 przypada 100-letnia rocznica urodzin Hayem'a w Paryżu i Hansena, odkrywcy zarazka trądu, w Norwegji.

Alger.

W Algierze od roku 1911 do roku 1931 wzrosła liczba europejczyków z 752.643 do 881.584, a tubylców z 4,740.526 do 5.588.314. Mimo trudności napotykanych przy zbieraniu danych statystycznych można było wykazać obniżenie ilości urodzin i zmniejszenie śmiertelności zarówno u dzieci jak u dorosłych ludności miejscowej. Dzieci europejczyków wykazują większą śmiertelność, niż dzieci tubylców, natomiast ogólna śmiertelność jest u europejczyków mniejsza niż u Arabów. Przyrost wykazany powstał wskutek zmniejszenia się śmiertelności, mimo obniżenia liczby urodzin.

Z. S. R. R.

Sowiecka Akademja Umiejętności została przeniesiona z Leningradu do Moskwy.

Francja.

W Paryżu odbyła się w Collège de France uroczystość ku czci Claude Bernard'a. Przewodniczył prof. d'Arsonval, przemawiali m. i. prof. André Mayer i prof. Henri Roger, honorowy dziekan Wydziału Lekarskiego w Paryżu i członek Akademji Lekarskiej.

Niemcy.

Uniwersytet w Jenie otrzymał nazwę Uniwersytetu Fryderyka Schillera.

Belgja.

Związek Lekarzy w Brukseli zorganizował „Telefoniczną Centralę Lekarską".

Grecja.

W Atenach przed Zakładami Wydziału Lekarskiego wzniesiono pomnik Hippokratesa.

Komunikaty.

IV Kurs Odmy Sztucznej. W okresie od dnia 27 lutego do dnia 27 marca 1935 r. odbędzie się 4 tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. W. Program Kursu uwzględni przedewszystkiem studia praktyczne jak również obejmie 32 godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice. szpitalu i sanatorjum, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych oraz z techniką zakładania odmy. Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higieny) najpóźniej do dnia 18 lutego 1935 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum. Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendjum będą mieli lekarze już zatrudnieni w społecznej akcji przeciwgruźliczej. Prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego: *Dr. J. Adamski.* Dyrektor P. Z. P.: *Dr. M. Grodecki.*

Redakcja otrzymała:

E. Rabkin: Le trachome et la lutte contre le trachome dans l'Union Soviétique. Charków 1934.

J. Leduc: Indications et contreindications du transport par avion dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crane. Wyd. Imprimerie moderne. Saint-Quentin. 1934.

T. Kielanowski i A. Selzer: Etude histologique de la réaction hémorragique de Shwartzman. Odb. z „Comptes rendus des séances de la Société de biologie". T. CXV. 1933.

T. Kielanowski i A. Selzer: Influence locale de quelques facteurs sur le cours de la réaction hémorragique de Shwartzman. Odb. z „Comptes rendus des séances de la Société de biologie". T. CXVI. 1934.

T. Kielanowski i A. Selzer: Experimentelle Untersuchungen über das sog. Schwartzmann'sche Phänomen, oder die hämorrhagische Heteroallergie. Odb. z „Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres". 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.